



**SAPIENZA**  
UNIVERSITÀ DI ROMA

UNIVERSITÉ DE  
**VERSAILLES**  
ST-QUENTIN-EN-YVELINES



RASS Dottorato di Ricerca nelle Scienze Sociali (Ciclo XXIII)  
ÉCOLE DOCTORALE Cultures, régulations, institutions et territoires (ED  
CRIT – ED 538)

TESI IN COTUTELA INTERNAZIONALE

Candidato : Fabio MARCODOPPIDO

**S'en remettre à un spécialiste de la santé mentale**  
**Regards croisés sur des services publics en France et en Italie**

**Tutors** : Francesca della RATTÀ - Università "Sapienza" di Roma

François LEIMDORFER - Université de Versailles St-Quentin-en-Yvelines

20 novembre 2013

**Commissione giudicatrice :**

Prof.ssa Maryse BRESSON - Université de Versailles St-Quentin-en-Yvelines

Prof. Marc DERYCKE - Université Jean Monnet di Saint-Etienne

Prof. Antimo FARRO - Università "Sapienza" di Roma

Prof.ssa Maria Immacolata MACIOTI - Università "Sapienza" di Roma

Prof.ssa Sandrine NICOURD - Université de Versailles St-Quentin-en-Yvelines







## Remerciements

Je voudrais tout particulièrement remercier Mme Francesca della Ratta et M. François Leimdorfer d'avoir accepté de diriger cette recherche en cotutelle. Ils m'ont soutenu au long de ce travail, de leurs conseils et de leur confiance dans ce projet. Je remercie également M. Gianni Losito qui en a suivi les premiers pas.

Le Laboratoire PRINTEMPS a constitué un environnement de travail incontournable et a contribué au confort dans lequel j'ai pu avancer mon enquête durant ces trois dernières années. Je remercie tous les membres et les doctorants avec qui j'ai eu la chance d'échanger lors de nombreux séminaires et moments conviviaux.

Ma gratitude va également à Nicolas Henckes qui m'a fait part de ses commentaires sur les quatre premiers chapitres de ce travail. J'ai profité de la lecture vigilante et précieuse de Marie-Hélène Delobbe, Estelle Djibré, Marc Glady, Isabelle Lacroix, Mona Zegai, qui ont relu six des sept chapitres de ce travail. Pour eux, ces textes auraient été beaucoup plus difficiles à relire si je n'avais pas bénéficié du suivi paternel et constant de M. Jean Bouler. Le peu que je connais de la langue française, je le lui dois.

Je souhaite également témoigner de ma sincère reconnaissance aux personnes qui m'ont permis d'enrichir cette enquête. Les informations collectées par entretien ou par questionnaire ont joué un rôle important pour la compréhension des aspects ordinaires et extraordinaires de l'expérience de s'en remettre à un spécialiste de la santé mentale.

Ce travail n'aurait pas été possible sans la confiance et sans le soutien que ma famille et Urszula m'ont accordés au cours de ces dernières années.









# Sommaire

<b>Remerciements.....</b>	<b>3</b>
<b>Sommaire.....</b>	<b>7</b>
<b>Introduction générale .....</b>	<b>13</b>
1. <i>Frapper à la porte d'une institution .....</i>	<i>13</i>
2. <i>Porter le regard à l'espace et au mouvement .....</i>	<i>15</i>
3. <i>Délégation des soins et travail politique .....</i>	<i>17</i>
4. <i>Entre problème privé et problème public .....</i>	<i>20</i>
5. <i>Des instances aux institutions .....</i>	<i>22</i>
6. <i>Où est la santé mentale ? La notion d'épreuve d'État.....</i>	<i>25</i>
7. <i>Le plan de la thèse.....</i>	<i>28</i>
<b>Première partie .....</b>	<b>33</b>
<b>L'enquête, son objet, sa démarche.....</b>	<b>33</b>
<b>Chapitre I. « S'en remettre à un spécialiste » et les acteurs de la délégation de soins.....</b>	<b>35</b>
<i>Introduction .....</i>	<i>35</i>
1.1 <i>Des demandeurs .....</i>	<i>36</i>
1.1.2 <i>Arriver aux institutions, produire des énoncés, surgir dans des archives .....</i>	<i>36</i>
1.1.3 <i>Ni encore malades, ni déjà patients : formes ordinaires de vigilance et de délégation institutionnelle .....</i>	<i>38</i>
1.1.4 <i>Point de départ, point d'arrivée : entre les logiques de demande et d'offre de soins .....</i>	<i>41</i>
1.1.5 <i>Lorsque c'est l'État qui délègue.....</i>	<i>43</i>
1.1.6 <i>Remettre autrui à des spécialistes de santé : quelle place pour un tiers-médiateur ? .....</i>	<i>45</i>
1.2 <i>Des spécialistes.....</i>	<i>48</i>
1.2.1 <i>Des spécialistes d'hier : lorsque s'en remettre à un spécialiste du mental n'avait rien de médical.....</i>	<i>48</i>
1.2.2 <i>Qui fait appel au médecin (ou non) ? Concevoir des demandeurs, définir un public.....</i>	<i>51</i>
1.2.3 <i>Un spécialiste (parmi d'autres) de la santé mentale : la profession de psychiatre.....</i>	<i>57</i>
1.3 <i>Le bénéficiaire et l'objet de délégation.....</i>	<i>60</i>
1.3.1 <i>La délégation comme action langagière et coordonnée entre acteurs, objets et circonstances.....</i>	<i>60</i>
1.3.2 <i>Le contrat médical est-il un modèle normatif pour la santé mentale ? .....</i>	<i>64</i>
1.3.3 <i>La non-demande en santé mentale : lorsque (apparemment) rien n'est délégué aux spécialistes .....</i>	<i>66</i>
<i>Conclusion .....</i>	<i>68</i>
<b>Chapitre II. Regards croisés : Italie-France.....</b>	<b>71</b>
<i>Introduction .....</i>	<i>71</i>
2.1 <i>Vous avez dit « regards croisés » ? .....</i>	<i>71</i>
2.1.1 <i>L'histoire croisée et les limites de la comparaison classique.....</i>	<i>72</i>
2.1.2 <i>Regarder les conséquences du travail politique .....</i>	<i>74</i>
2.1.3 <i>Délimiter par l'étude de cas .....</i>	<i>76</i>
2.1.4 <i>Négocier des traductions .....</i>	<i>79</i>
2.2 <i>Les cas objets du croisement.....</i>	<i>82</i>
2.2.1 <i>Pourquoi la France et l'Italie ? .....</i>	<i>82</i>
2.2.2 <i>Quoi étudier ?.....</i>	<i>85</i>
2.2.3 <i>Comment étudier les matériaux ?.....</i>	<i>88</i>

2.3 Les corpus <i>Di</i> partimenti <i>Salute MEntale</i> (DISAME - Italie) et <i>SAnté MEntale</i> (SAME - France).....	91
3.3.1 La constitution des corpus .....	92
3.3.2 Trajectoires, périodes et auteurs des deux corpus (SAME et DISAME).....	95
Conclusion .....	98
<b>Deuxième partie .....</b>	<b>101</b>
<b>Un problème public et ses épreuves : la question psychiatrique entre « lutter contre » ou « tutelare » (protéger) (1960-2010) .....</b>	<b>101</b>
<b>Chapitre III. Une période creuse mais à effet différé : genèse d'une politique publique (1960-1969).....</b>	<b>103</b>
Introduction.....	103
3.1 Une lutte à l'échelle internationale et ses épreuves futures. Le travail de l'Organisation Mondiale de la Santé dans la lutte contre les maladies mentales.....	104
3.1.1 Normalisation .....	105
3.1.2 Prévenir et soigner .....	107
3.1.3 Quantifier pour intervenir.....	111
3.1.4 L'OMS : un argument qui légitime des politiques .....	112
3.2 La notion de secteur des deux côtés des Alpes.....	116
3.2.1 Le secteur : une entité géographique mais pas encore thérapeutique (France) ....	117
3.2.2 Il settore : une option expérimentée, une idéologie à combattre (Italie).....	124
3.2.3 La collaboration franco-italienne et le colloque de Courchevel.....	129
3.2.4 Ni le secteur français, ni la communauté thérapeutique anglaise : l'assistance psychiatrique dans le projet d'un Service Sanitaire National (SSN) .....	133
3.3 Le cadre hospitalier et ses réformes.....	138
3.3.1 Renouveler l'hôpital psychiatrique français .....	139
3.3.2 La réforme hospitalière : une base pour la naissance d'un secteur à l'italienne ? ..	141
3.3.3 Les conséquences de l'hospitalisation et l'émergence d'une admission volontaire aux soins hospitaliers .....	142
Conclusion .....	144
<b>Chapitre IV. Sectorisation et <i>settorializzazione</i> : de l'équivalence lexicale aux grands écarts pragmatiques (1970-1989).....</b>	<b>145</b>
Introduction .....	145
4.1 Faire d'une entité géographique un dispositif de lutte : la lente mise en place de la sectorisation française .....	148
4.1.1 Le carte comme appui pragmatique de l'action.....	150
4.1.2 Lutter à l'aide de cartes psychiatriques .....	155
4.1.3 Territorialiser une politique.....	160
4.1.4 Les professionnels critiquent la lenteur de la sectorisation française.....	162
4.2 Contre la <i>settorializzazione</i> . La loi n° 180 : chronologie d'une fédération de causes .....	164
4.2.1 Lutter contre le sectorialisme de l'assistance et ses institutions .....	168
4.2.2 Comment déplacer la propriété et la responsabilité d'un problème public ? Réformer l'État et déléguer des pouvoirs aux Régions.....	172
4.2.3 Découper le territoire, planifier et équiper : l'institution de l'Unité Sanitaire Locale et du SSN .....	175
Conclusion .....	179
<b>Chapitre V. De l'avant à l'après, du vieux au nouveau : changements d'une politique (1990-2010) .....</b>	<b>181</b>
Introduction .....	181
5.1 De la psychiatrie à la santé mentale ?.....	183
5.1.1 Des bénéficiaires entrants et sortants : entrées, sorties et réadmissions .....	189
5.1.2 Prolonger l'offre à domicile et ailleurs .....	192

5.1.3	Déclencher un déplacement : qui peut demander une hospitalisation ? .....	194
5.1.4	Des spécialistes ciblent la non-demande ou comment l'offre devient mobile.....	196
5.2	<i>De la lutte contre les hôpitaux psychiatriques à la protection de la santé mentale ? .....</i>	201
5.2.1	Fermer des hôpitaux : bloquer des entrées, promouvoir des sorties.....	201
5.2.2	Ouvrir des services alternatifs à l'hospitalisation psychiatrique .....	206
5.2.3	La notion de <i>rete</i> (réseau) .....	210
5.2.4	La « <i>salute mentale</i> » dans des listes .....	216
5.2.5	La logique de gestion des années 1990-2000 : l' <i>Aziendalizzazione</i> .....	220
	<i>Conclusion</i> .....	223
<b>Troisième partie.....</b>		<b>225</b>
<b>La délégation de soins à l'épreuve de ses protagonistes. Lorsque des personnes arrivent aux Secteurs Psychiatriques et aux <i>Dipartimenti di Salute Mentale</i> .....</b>		<b>225</b>
<b>Chapitre VI. La délégation de soins entre réversibilité et irréversibilité.....</b>		<b>231</b>
	<i>Introduction</i> .....	231
6.1	<i>Privé et public</i> .....	232
6.1.1	Des événements marquants, des points de départ .....	232
6.1.2	Éloigner ou rapprocher .....	235
6.1.3	Un événement déclencheur .....	238
6.2	<i>Mobilité et immobilité</i> .....	240
6.2.1	Grandeur, distance et fréquentation des lieux de soins .....	241
6.2.2	Droit d'entrée et droit de sortie, arrivées et départs .....	243
6.3	<i>Activité et inactivité</i> .....	248
6.3.1	Participer aux soins envers soi-même .....	249
6.3.2	Travailler .....	256
6.3.3	Se loger .....	261
	<i>Conclusion</i> .....	266
<b>Chapitre VII. Dire l'expérience du premier recours.....</b>		<b>269</b>
	<i>Introduction</i> .....	269
7.1	<i>L'enquête Domanda Sociale di Salute Mentale (DSSM) : éléments d'ordre général .....</i>	270
7.1.1	S'adresser pour soi-même et/ou pour un proche à un service de santé mentale public : définition de la population d'enquête.....	272
7.1.2	Collaborer ou participer à l'enquête : qui a répondu à DSSM ?.....	273
7.2	<i>Des circonstances : le bornage temporel et les personnages du premier recours au spécialiste.....</i>	275
7.2.1	Le temps du premier recours : entre oubli et mémoire .....	276
7.2.2	Les personnages : entre l'individuel et le collectif.....	283
7.3	<i>Les motifs du recours au spécialiste.....</i>	286
7.3.1	L'argument de l'évidente réparation.....	287
7.3.2	L'argument de l'offre : entre professionnels privés et <i>Dipartimenti di Salute Mentale</i> (DSM) .....	288
7.3.3	Aide pour soi-même, aide pour un tiers .....	289
7.4	<i>Trois images sur ce qu'est la « santé mentale ».....</i>	291
	<i>Conclusion</i> .....	295
<b>Conclusion générale.....</b>		<b>297</b>
<b>Bibliographie.....</b>		<b>303</b>
<b>Annexe n° 1. Adapter le logiciel Prospéro à la langue italienne : le travail effectué à partir du corpus DISAME (<i>Dipartimenti SALute MEntale</i>) .....</b>		<b>318</b>
<b>Annexe n° 2. Liste des catégories objet d'analyse et leurs représentants.....</b>		<b>325</b>
<b>Annexe n° 3. Corpus SAME : liste des textes .....</b>		<b>328</b>

<b>Annexe n° 4. Corpus DISAME : liste des textes.....</b>	<b>335</b>
<b>Annexe n° 5. Guide d'entretien et profils des personnes interviewées en France.....</b>	<b>353</b>
<b>Annexe n° 6. <i>Indagine DSSM - Domanda Sociale di Salute Mentale</i> .....</b>	<b>355</b>
<b>Table des Graphiques et des Repères discursifs .....</b>	<b>371</b>
<b>Résumé en italien.....</b>	<b>373</b>

Les traductions de textes de l'italien au français ont été faites par mes soins, sauf indication différente. La plupart des textes en italien sont reportés en original en note en bas de page et en italique.



## Introduction générale

### 1. Frapper à la porte d'une institution

Rarement les manières de frapper à la porte d'un médecin auront été autant transformées qu'avec la mise en place des services qualifiés « de santé mentale ». Car, depuis que ces nouvelles organisations ont eu un rôle dans les systèmes de santé de certains pays, l'action de frapper à cette porte n'engage ni les mêmes acteurs, ni la même signification, ni les mêmes conséquences qu'auparavant. Certains, sans être spécialistes, ont peut-être suivi ces transformations à partir de films, plus ou moins célèbres, qui ont projeté sur la scène publique la vie des protagonistes de ces mutations. D'autres, plus intéressés, ont suivi les débats parlementaires et les propositions de lois sur tel ou tel dispositif d'encadrement réglementaire des pratiques de soins. Et les personnes touchées directement par ces transformations ont dû quitter l'hôpital psychiatrique après plusieurs années de permanence pour, ensuite, frapper à la porte de structures jusqu'alors méconnues : des services extrahospitaliers. D'autres, encore, ont commencé à frapper à la porte d'un psychiatre parce que la vie avec un proche, souffrant de troubles mentaux, commençait à devenir difficile.

Que les pratiques mobilisées en association à des troubles communément attribués à la sphère psychiatrique, que les lieux où ces pratiques se planifient et se déploient, que les théories qui les fondent et les techniques pour les traiter, que toutes ces entités ont connu des évolutions depuis les années 1950, c'est un lieu commun. Si une vaste littérature a déjà fait le récit de cette histoire, il est peut-être intéressant de s'interroger sur les conséquences provoquées par ces évolutions sur les manières de solliciter ces pratiques ou, pour le dire plus simplement, de frapper à des portes qu'aujourd'hui on qualifie comme « psychiatriques » ou de « santé mentale ».

L'image de la porte est particulièrement centrale dans le travail qui suit. Si on la considère comme un objet intermédiaire entre deux mondes, elle offre un appui intéressant à toute enquête empirique. Si elle est un passage obligé, la porte permet d'enquêter sur les deux espaces qu'elle est censée connecter ou séparer, et sur les relations que ces espaces envisagent entretenir réciproquement. Par la quantité de personnes ou de choses qui passent d'un côté à l'autre, on peut avoir une idée du degré de mixité des deux territoires. Par l'étude des modes de régulation de ces passages éventuels, on peut comprendre si les deux populations qui se partagent les territoires, se font la guerre, se surveillent réciproquement, s'ignorent ou sont en paix. Contrôle de documents d'identité, validation de demandes officielles, mise en place de rituels, lettres de recommandations : tous ces éléments pourraient filtrer et gérer les flux des déplacements éventuels. L'enquête pourrait s'élargir à l'étude des qualités de ces passages, et même à suivre des individus. Par ce suivi, on pourrait distinguer lesquels parmi les passages de part et d'autre ont la propriété d'être des entrées ou des sorties. De plus, il serait possible d'évaluer s'ils sont soumis à des contraintes comme des échéances temporelles. On pourrait ainsi savoir s'il y a des sorties temporaires ou des retours programmés ou périodiques. Observer les modes de régulation de ces passages permettrait de comprendre s'ils dépendent d'autorités publiques avec des qualités différentes (judiciaire, sanitaire, commerciale, religieuse), de personnages privés (des parents ou des proches), ou s'ils relèvent de la liberté exclusive de l'individu. Par ces informations, le caractère moral des passages de ceux qui s'approchent et de ceux qui traversent cette porte serait plus clair et, éventuellement, on pourrait distinguer la punition, l'expiation, le sacrifice, l'échange, la dépendance, l'obligation, etc. La notion de réseaux pourrait aider à tenir ensemble tous ces éléments dans l'analyse, sans créer des fractures, des oublis et des absences injustifiées. Par cette notion, on pourrait commencer à décrire des dualités, ensuite des triangulations, pour arriver à des relations plus complexes en mélangeant des entités hétérogènes (humaines et non humaines). Cela, pour rapprocher le plus possible la description du chercheur aux modes de penser et aux pratiques tant des décideurs qui règlent le fonctionnement de la porte que de ceux qui participent à ces passages.

Même si dans un langage figuré, le caractère empirique et banal de ce qu'est une porte, permet de saisir de manière simple et en dehors de tout contexte situé, les conséquences des récentes réformes psychiatriques. Loin de vouloir les résumer, on peut tout de même en indiquer trois, réciproquement imbriquées. En premier lieu, on a assisté à la multiplication des portes qui divisent les espaces de l'expertise et de la vie ordinaire des acteurs. Cela s'est



produit, car on a envisagé des lieux autres que les anciens asiles psychiatriques. *Autres* car ces espaces proposent et affichent sur leurs portes des logiques différentes de celles de l'enfermement et du soin hospitalier (celles qui se déroulaient en cellule du prisonnier et au lit du malade). En second lieu, les autorités qui contrôlent les manières de frapper à ces portes et de régler les entrées et les sorties entre ces nouveaux espaces, ne sont plus les mêmes. À la diminution progressive du poids des autorités judiciaires et policières sur ces sujets, on a vu l'augmentation de l'importance des spécialistes des institutions et des personnes elles-mêmes. En troisième lieu, on a inversé la direction des déplacements de ceux qui frappaient à cette porte, pour en inventer des nouvelles. Si la direction classique était celle qui va de l'espace de la société à celui de l'asile, les directions en sens contraire se sont multipliées en devenant la norme avec celles qui relient différents lieux dans l'espace non hospitalier.

Pour l'analyse de ces conséquences, il nous faut quitter l'idée d'immobilité associée à l'image de la porte et tourner le regard vers le répertoire de mouvement que cette image suggère : « déplacements », « passages », « frapper », « mouvements », « entrées », « sorties », « circuits », « filtres », « perméabilité ». Ce répertoire permet d'envisager l'action de faire appel à un spécialiste et à une institution comme la conséquence d'une série de déplacements réglementés et négociés. Ce sont ces déplacements et les contraintes qui pèsent sur les acteurs pour les accomplir, que ce travail se propose de décrire.

## **2. Porter le regard à l'espace et au mouvement**

Pourrait-on ainsi envisager les récentes réformes psychiatriques comme une révolution de la mobilité des acteurs concernés ? Comme un réseau autoroutier, ce domaine ne serait saisissable que par la mobilité des personnes qui y circulent. Cette révolution aurait ainsi : augmenté le degré de circulation des acteurs, inversé les directions de leurs déplacements à partir d'un lourd travail sur les infrastructures qui permettent de les effectuer, installé des feux rouges pour mieux régler les flux de circulation, institué des nouvelles agences de contrôle, introduit dans ce panorama des nouveaux services de comptabilité, diffusé des panneaux qui orientent et qui informent les chemins à suivre, commandité des études d'efficacité du réseau, créé des points de relais, institué des numéros d'urgences lorsqu'on tombe en panne. Le grand régulateur de cette circulation resterait l'État qui détient la majorité du réseau et qui organise ceux qui y travaillent.

Le lecteur pourra-t-il pardonner l'emploi de ce répertoire qui renvoie plus à la description d'un réseau autoroutier qu'à celui de la psychiatrie ? Probablement oui, si on rappelle que déjà en 1983, Robert Castel analysait dans ces termes le tournant qu'allait prendre l'image du social dans le domaine psychiatrique :

Le profilage du flux de population à partir d'une combinatoire de caractéristiques dont le prélèvement relève de la méthode épidémiologique renvoie à une autre image du social : celle d'un espace homogénéisée fait de circuits dessinés à l'avance et que les individus sont invités ou incités à emprunter selon leurs capacités ou leurs incapacités. (1983 : 127)

À part les citations illustres, les mots dont nous disposons pour penser le domaine psychiatrique ne renvoient-ils pas eux-mêmes, à des cadres cognitifs du registre de l'espace et de la mobilité ? « centre », « périphérie », « hospitalo-centrisme », « territoire », « proximité », « modes d'entrée », « recours », « itinéraires », « entrées » et « sorties », « milieu fermé » et « milieu ouvert », « domicile » : ne sont pas ces mots et ces expressions qui permettent de penser ce domaine et fournissent des cadres à l'action ? Et comme en matière de circulation routière, à propos de la psychiatrie ne parle-t-on de « vitesse » et de « flux », d'« encombrements », de « saturations », de « temps d'attente » ? Même le mot « secteur », qui a eu tant de succès en France pour penser et organiser ce domaine<sup>1</sup>, est tout d'abord une entrée du dictionnaire français qui renvoie à l'espace et à la mobilité. Les multiples emplois du mot secteur ne renvoient pas qu'à la psychiatrie mais à la géométrie (*Secteur circulaire*), à la défense (*Secteur d'opération*) et à la marine (*Secteur de barre*), à l'astronomie (*Secteur astronomique*), à l'informatique, à l'administration (*Secteur rural*), à la climatologie (*Secteur nuageux*), à l'économie (*Secteur agricole*), à des parties de domaines (*secteurs d'études*).

Lorsqu'on commence à envisager cet objet d'étude comme un réseau autoroutier, plusieurs questions se posent : pourquoi ce mouvement ? D'où viennent ces gens, que veulent-ils et où vont-ils ? S'agit-il de gens qui se soignent, travaillent ou vaguent sans but précis et pour lesquelles une étude balistique de leurs trajectoires serait complètement inutile<sup>2</sup> ? Il n'y aurait pas grand sens à faire l'histoire des déplacements d'individus, qu'ils

---

<sup>1</sup> Tous les départements français sont divisés en zones géographiques appelées « secteurs ». Pour chaque secteur, une même équipe assure tous les soins psychiatriques, la prévention et la réinsertion. Rattaché administrativement à un centre hospitalier (général ou spécialisé), ce service public de psychiatrie peut disposer de plusieurs lieux de soins extrahospitaliers.

<sup>2</sup> Un modèle qui tient compte d'un point de vue argumentatif a été récemment mis au point par le sociologue français Francis Chateauraynaud (2011). Ce modèle est défini « balistique » car l'univers sémantique mobilisé

soient socialement définis « patients », « proches » et « professionnels », si l'on ne faisait pas l'histoire des transformations des rapports entre ces figures et des conséquences de ces transformations sur les modes de déplacement dans ce circuit. Les notions de délégation de soins et de travail politique permettent d'avancer dans la composition de cette histoire.

### 3. *Délégation des soins et travail politique*

Les passages qui mènent du ressenti inédit d'une hallucination auditive à la prise de Risperdal<sup>3</sup>, d'une dispute de couple à sa prise en charge par une thérapie, des idées répétitives à une hospitalisation, doivent nécessiter des déplacements de personnes qui vivent ces expériences. Si à première vue ces déplacements ne sont qu'associés à ce qu'il y a « dans la tête » de ces personnes, lorsqu'on les regarde de plus près on s'aperçoit qu'il est difficile de les déconnecter des manières institutionnelles de définir et, donc, de traiter des publics. En ce qui concerne la psychiatrie, par exemple, passer de l'« aliéné » à l'« usager » a nécessité un déplacement important et inédit pour les politiques publiques de plusieurs pays occidentaux. Si plusieurs événements ont marqué ce passage, celui d'avoir déplacé des millions de personnes de l'hospitalier à l'extrahospitalier, a été le principal. On comprend aisément que ce passage ne peut qu'avoir des boucles de rétroaction sur l'expérience des problèmes vécus. Cela, tant chez ceux qui ont expérimenté ce déplacement eux-mêmes, que pour ceux qui sont arrivés après ces transformations historiques. Un *effet de boucle*<sup>4</sup> concerne sans doute les fonctions déléguées aux vieux et aux nouveaux objets de la psychiatrie. Au lieu de camisoles de force, par exemple, les psychiatres ont commencé à utiliser des nouvelles générations de médicaments. Ces médicaments permettent, d'un côté, de faire presque la même chose que les camisoles, c'est-à-dire éliminer les mouvements trop importants chez des patients ; de l'autre, de produire une chose inédite : lever la contrainte d'immobilité imposée par les camisoles et

---

fait référence au mouvement et à l'action, aux trajectoires et aux transformations. Ce modèle a pour objectif de décrire, comparer et analyser les trajectoires suivies par des causes différentes dans plusieurs arènes en prenant en compte l'évolution des visées ou des fins poursuivies par les protagonistes (p. 174). Cinq phases sont retenues pour ce travail : le surgissement ou l'émergence d'une cause ou d'un problème ; une controverse scientifique ou de confrontation d'expertises dont dépendent la factualité et la nature des épreuves ; l'accusation ou la dénonciation ; la mobilisation politique par laquelle groupes et instances entrent en scène ; le processus de normalisation qui vise à mettre en place des nouveaux dispositifs, des critères de régularisation, des normes, actions d'intervention) ; et enfin, la relance ou le rebondissement de la cause ou du problème dans l'espace public.

<sup>3</sup> Le Risperdal est un antipsychotique indiqué dans le traitement des schizophrénies.

<sup>4</sup> Au sens du philosophe canadien Ian Hacking (2008). Il s'agit des interactions entre les classifications des gens, l'effet qu'elles ont sur eux, et les transformations que les gens qui entrent dans ces classifications font subir en retour à ces classifications. Hacking démontre à partir de plusieurs exemples, comme « l'autisme » et « l'enfant en danger », comment ces interactions peuvent modifier les gens en tant qu'individus, mais également les « types » d'individus c'est-à-dire les catégories socialement définies pour les classer.

par les asiles. Si en s'associant à des médicaments, les personnes peuvent circuler librement dans l'espace social, cette liberté de mouvement va avoir des conséquences sur la redéfinition globale des manières de déléguer un problème à un spécialiste. Les publics et les institutions doivent à la fois établir des liens à distance et gérer différemment leur proximité.

Le sociologue français Nicolas Dodier utilise le terme de *délégation* pour désigner « l'ensemble des dynamiques par lesquelles on en vient, d'une façon ou d'une autre, à s'en remettre à un spécialiste » (Dodier, 2004 : 10). Les dynamiques de délégation de soins sont, selon lui, objet d'un *travail politique*. Avant d'appliquer cette notion aux spécialistes du mental, il s'en sert pour décrire et redéfinir la mobilisation qui a eu lieu en France autour du Sida, à partir des années 1980. Les mondes de la médecine, de la presse, des patients, des associations et de l'industrie pharmaceutique, sont passés au crible dans son analyse pour décrire et suivre comment ils ont participé à cette mobilisation. Dans cette étude, il définit le *travail politique* comme « le travail déployé par les acteurs pour établir ou critiquer la légitimité des pouvoirs » (2003). D'un point de vue théorique, Dodier appuie cette notion sur le courant pragmatique qui traverse la sociologie française contemporaine<sup>5</sup>. Ce courant peut se résumer dans « l'idée que l'on va chercher à suivre de près l'activité de mobilisation déployée par les acteurs, en étant ouvert à l'émergence des acteurs pertinents, à ceux qui vont se révéler eux-mêmes dans la mobilisation et par la mobilisation collective, et en suivant de près la nature des opérations d'argumentation, de justification, de qualification, des différentes entités du monde, etc. » (Dodier, 2002 : 19). Cette position théorique est pourtant difficile à suivre car elle exige des moyens méthodologiques permettant de détecter ces opérations et les places choisies par les acteurs eux-mêmes<sup>6</sup>.

Même pour les spécialistes du mental, « la dynamique de la délégation est l'objet d'un *travail politique*, qui vise à distribuer ou redistribuer les pouvoirs entre les différents

---

<sup>5</sup> Comme signalé par Dodier, ce courant se présente sous plusieurs étiquettes : « sociologie pragmatique, tournant pragmatique de la sociologie, micro-sociologie, sociologie des régimes d'action, sociologie analytique, compréhensive, etc. » (2005 : 7). Et plusieurs objets ont été traités, en France, dans cette approche. On peut citer les réactions, à distance, face aux souffrances d'autrui (Boltanski, 1993), l'alerte et le risque (Chateauraynaud et Torny, 1999), le Sida (Dodier, 2003), la souffrance dans l'espace public (Baszanger, 1995). Pour une introduction dans le panorama français, voir Nachi (2006). En Italie cette approche s'est développée en direction des politiques sociales, à partir des travaux de Laura Centemeri (2006) et Tommaso Vitale (2007). Les origines de cette approche remontent à la philosophie de John Dewey.

<sup>6</sup> Le travail de Dodier sur le Sida, est basé sur la lecture de plusieurs milliers de textes issus d'agences de presse, d'articles de quotidiens grand public, de magazines et de revues scientifiques. D'un point de vue méthodologique, il s'agit ainsi d'une enquête menée sur différentes arènes (médiatique et publique-spécialisée) et une expérience de lecture (chronologique, de mise en série des épisodes marquant la mobilisation et de mise en rapport des séries d'épisodes). Ce matériau est complété par des entretiens menés auprès de médecins et méthodologistes. Sur la démarche d'enquête, voir l'annexe à l'ouvrage (p. 319-327).

protagonistes concernés » (Dodier, 2004 : 10). En s'appuyant sur cette notion, Dodier donne des indications sur la dynamique historique de ce travail et esquisse des options organisant cette délégation dans le contexte français. Tout d'abord, la tradition clinique, formée au XIX<sup>ème</sup> siècle, avec son paternalisme, prévoit que le malade s'en remet « totalement » à son médecin traitant. Dans ce modèle, les soins ne sont pas objet d'une description précise. Cette délégation totale s'expliquerait par la capacité limitée, caractéristique d'un état de maladie (état émotionnel, limitations physiques et distance par rapport à un savoir spécialisé) de recevoir, comprendre, intégrer une telle description. Trois éléments caractérisent ce modèle : au dispositif du contrat, on préfère celui de la confiance du patient envers le médecin, le contrôle par un tiers indépendant ne se pratique pas car celui-ci est remplacé par un contrôle exercé par les pairs, et à la négociation des actions à prendre on préfère le choix du médecin. Ensuite, l'érosion de la tradition clinique et la montée de l'autonomie du patient transforment considérablement les conditions de ce modèle de délégation dans la médecine de la fin du XX<sup>e</sup> siècle. Plusieurs facteurs accompagnent ce changement : la médecine des épreuves (*evidence based medicine*) prend forme et tend à déposséder le clinicien de son ancienne autorité ; les industries pharmaceutiques et les administrations sanitaires lui imposent des contraintes quant aux médicaments et à l'évaluation des soins pour contrôler les dépenses publiques consacrées à la santé ; les critiques contre le pouvoir médical qui caractérisent les années 1960 et 1970 justifient d'étendre l'autonomie des individus. Enfin, Dodier rappelle qu'au début des années 1980, la médecine des épreuves se conjugue à l'autonomisation des patients au sein du monde médical. Médecine collégiale, paternalisme tempéré, médecine participative, transfert d'information du spécialiste vers le profane : tous ces éléments signent des nouvelles formes de délégation contrastées et mélangées d'autonomisation de patients, de démocratisation sanitaire et de nouvelles formes de participation. Un rôle important dans cette dernière période est joué par la psychanalyse. À la différence du médecin, elle a accordé une valeur inédite à l'exploration du patient sur soi-même. Celui-ci se voit doté d'initiatives pour explorer lui-même sa demande et son problème.

Une question émerge à la suite de cette rapide présentation : comment prolonger l'analyse de Dodier pour éviter de réduire ces options au contexte français ? Depuis que l'Organisation Mondiale de la Santé s'est saisie du dossier « santé mentale » à la fin des années 1940, les sollicitations sur comment organiser les manières de s'en remettre à un spécialiste dépasseraient les frontières nationales. Mais les modes de s'en remettre à un spécialiste rappellent l'irréductibilité des situations propres à chaque nation, malgré

l'internationalisation de la notion de « santé mentale ». Alors, pour être abordée, cette question nécessite une analyse qui permet de faire varier l'objet d'étude pour en décrire différentes configurations éventuelles. Pour commencer, on peut considérer ces options comme le point de départ pour un travail empirique, mais à condition qu'au cours de ce travail ces options se peuplent d'acteurs reliés par des formes de délégation de soins, dans des lieux et dans un temps donnés. C'est pourquoi la démarche empruntée dans cette thèse, sera celle d'une analyse croisée de deux cas nationaux : les services publics de santé mentale en France et Italie. Avant d'introduire cette démarche, on peut envisager la délégation de soins comme l'étape d'une trajectoire entre problème privé et problème public.

#### **4. Entre problème privé et problème public**

À quelles conditions une expérience vécue qui trouble l'ordinaire peut-elle faire sens dans un espace public, peuplé d'acteurs qui ne partagent pas cette expérience ? Comment à partir de la gêne ressentie, peut-on déplacer cette expérience dans un espace de significations partagées et résumées dans des grands répertoires d'actions ? Comment ces répertoires répartissent et prédéfinissent-ils les rôles, les tours de parole, les statuts, bref normalisent-ils les mondes possibles des acteurs pour clore ce qui trouble, et rétablir l'ordre dans la vie ordinaire ? Selon Francis Chateauraynaud, une des réponses apportées par les sociologies pragmatiques à ces questions, est celle de faire jouer un rôle majeur aux outils cognitifs et aux dispositifs sociotechniques par lesquels s'articulent discours et pratiques, contraintes publiques et situations ordinaires, formes de la justification et modalités de l'expérience (p. 289). La relation entre problème privé et problème public, par exemple, peut renvoyer à différentes arènes discursives comme celles de la conversation et de la normalisation réglementaire du problème. Dans la première, un litige, une dispute, des expériences subjectivement ressenties comme déroutantes et perturbées, peuvent s'affronter là où ces expériences ont lieu, dans l'*hic et nunc* de la vie ordinaire. Des confrontations, argumentations, justifications explications et réflexions peuvent engager un individu et éventuellement ceux qui lui sont proches. Ce travail peut aboutir à une redéfinition d'habitudes de vie ou à des nouvelles normes et règles familiales, afin que la situation problématique ne se représente plus. Dans la seconde, c'est plutôt un travail réglementaire et/ou législatif qui peut être entrepris pour clore un problème. Dans ce cas, il s'agit de « modifier les dispositifs, créer des instances, redistribuer des compétences, reconfigurer le réseau de textes et de codes de façon à *pacifier les relations entre les protagonistes*,

réengendrer des repères *collectifs* sur les objets en cause ». (Chateauraynaud et Torny, 1999:86)

Par la délimitation de ces arènes, on peut également distinguer les différences entre l'argumentation publique et l'émotion privée, même s'il demeure extrêmement difficile d'articuler ces différences. Il y a des problèmes dans lesquels il semble légitime de subordonner la raison à l'émotion mais, globalement, la référence au pathos sert, selon Chateauraynaud, encore à disqualifier les formes d'expression qui mettent en avant des expériences sensibles difficilement partageables. Prenons, à ce propos, le cas des hallucinations auditives<sup>7</sup> : sont-elles *a priori* un problème ? S'agit-il d'un problème, individuel ou public ? On pourrait répondre à la fois oui et non à ces questions, selon qu'on se place dans des formes de réductionnisme qui vont du biologisme au sociologisme en passant par le psychologisme. Dans ces réponses, on peut aussi évoquer des perspectives causales : si la cause est dans l'individu le problème est à lui ; au contraire, si les causes sont dans la société, le problème concerne tout le monde. Approcher la question psychiatrique selon un « modèle d'enquête sur les problèmes publics » (Cefaï et Terzi, 2012: 22) permet de ne pas tomber dans ce genre de questionnements et dans d'autres formes de réductionnismes. Si en effet on veut comprendre comment les acteurs agissent eux-mêmes pour qu'un trouble éprouvé soit converti en problème public, il faut quitter les répertoires qui définissent à l'avance ce qui est un problème et ce qui ne l'est pas, ceux qui sont déviants et ceux qui ne le sont pas. La notion même de *problème public* n'est pas simple à définir<sup>8</sup>, d'autant plus dans une démarche d'enquête où ce sont les acteurs qui définissent la sémantique de leurs problèmes. Dans une trajectoire non-linéaire, on peut imaginer que ces acteurs participent à cette définition de ces problèmes dans un processus qui va des premières perceptions d'une expérience qui dérange, aux débats parlementaires et aux textes de lois qui réglementent ce domaine<sup>9</sup>. La notion de problème public permettrait de recadrer la question psychiatrique en rendant justice à la manière collective de son déploiement dans le monde social.

Mais un service de santé mentale ne se configure pas comme une arène publique où des situations problématiques sont argumentées et partagées publiquement, peut-on dire.

---

<sup>7</sup> Dans une approche de psychopathologie phénoménologique, Karl Jaspers classe *les voix* dans le chapitre de la conscience des objets, à propos des différents domaines des sens (Jaspers, 2000 : 81).

<sup>8</sup> Voir, à ce propos, Gusfield (2009) et Sheppard (2010).

<sup>9</sup> Blumer (2004) définit cinq étapes de la carrière des problèmes sociaux : la phase d'émergence, de légitimation publique, la mobilisation sociale qu'ils suscitent, les intérêts variés inhérents à la définition de leur traitement, enfin, la transformation de ces plans d'action dans leur mise en œuvre sur le terrain.

Pourtant, on ne peut pas négliger que le passage dans ce service est une condition indispensable pour que des services étatiques puissent s'occuper des expériences évoquées plus haut. Dans les politiques qui traitent de questions psychiatriques, ces expériences sont un problème public car leur prise en charge rentre dans les missions de l'État Providence. Si on vise à reconstruire une sorte de continuité entre une étape privée et une étape publique de la trajectoire d'un problème, s'en remettre à un spécialiste d'un service de santé mentale devient un moment charnière. Il permet de passer d'une étape où des acteurs, dérangés par une situation problématique, se posent des questions afin de clore cette situation et rétablir l'ordre, à une étape où l'attention spécialisée d'un expert se focalise sur les raisons et les composantes de la situation dérangeante. On a envisagé d'aborder cette continuité en considérant la délégation de soins comme la coordination de trois figures conceptuelles qui interagissent entre elles. Au cours de ce travail, on appellera *demandeur* celui qui ressent la situation problématique et l'oriente vers une intervention spécialisée, *spécialiste* celui vers qui cet acte est adressé en raison de son savoir et de ses techniques d'intervention, et *bénéficiaire* celui chez qui on a douté et, ensuite, légitimé la présence d'une entité morbide et, donc, l'acteur censé recevoir des prestations afin que l'ordre soit rétabli.

## 5. Des instances aux institutions

« Loi sécuritaire », « non à la réouverture des asiles », « déni des droits fondamentaux de l'homme », « abandon des patients » « loi X, on revient ainsi 30 ans en arrière »...les formules ne manquent pas pour réagir face à des processus de décision politique portant sur la santé mentale. Et ces formules ne manquaient pas aux acteurs, spécialistes ou non, lors de récentes discussions autour de projets de loi portant sur l'assistance psychiatrique<sup>10</sup>. Toute mobilisation critique contre une loi ou une réforme psychiatrique n'implique pas uniquement l'expression d'une colère ou d'une dénonciation contre l'État et ses représentants. Elle signale, également, quelles sont les préférences à modifier, selon les acteurs, des dispositifs et

---

<sup>10</sup> À titre d'exemple, on peut évoquer, pour le lecteur français, les débats autour de la Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 *relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge*. Dans ce texte la notion « d'hospitalisation sans consentement » a été remplacée par celle de « soins sans consentement ». Au lecteur italien, on signale les critiques provoquées par le texte *Disposizioni in materia di assistenza psichiatrica*, approuvé le 17 mai 2012 par la *Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati*, présentant un dispositif inédit dans le panorama italien : le *Traitement Sanitaire Nécessaire* (TSN). L'article publié par *Il Corriere della Sera* le 26 juin 2012 sous le titre « *Malattie mentali, la riforma contestata dagli specialisti: "Non ci hanno ascoltati"* » (Maladies mentales, la réforme contestée par les spécialistes : "Ils ne nous ont pas écoutés"), est un bon exemple des critiques exprimées par la *Società Italiana di Psichiatria*. On verra, par la suite, les détails de cette actualité.



des modes de s'en remettre aux spécialistes touchés par les textes contestés<sup>11</sup>. Même si des acteurs comme des patients ou des proches se désintéressent des lois et du politique, ils ne peuvent pas échapper la relation avec les dispositifs de soins. Car les personnes ne se remettent pas à un spécialiste dans un désert institutionnel où la politique, au sens du travail de gouvernements et parlements, n'aurait qu'une place périphérique. Comme pour d'autres domaines de la vie en société, l'existence d'institutions publiques vise à éviter que les personnes se chargent individuellement ou au niveau familial des expériences objet de réglementation. Puisque l'État est garant de la santé des personnes présentes sur son territoire, il délègue à ces institutions le soin de s'occuper de ces expériences. Mais avant de considérer la notion centrale d'institution, il est nécessaire d'en considérer une autre, plus générale, puisqu'incluse dans la première, celle d'instance.

Qu'est-ce qu'une instance ? « Elle est une entité à laquelle ont été conférés des pouvoirs » (Dodier, 2003 : 20). En ce qui concerne le cas qu'on va aborder ici, ce sont des instances qui reçoivent des pouvoirs à partir d'une délégation publique et officielle : celle établie *via* les textes réglementaires rédigés et promulgués dans le cadre des politiques d'un pays. L'analyse d'un tel matériau, d'un point de vue méthodologique, permet de ne pas sélectionner *a priori* tel ou tel acteur concerné par la santé mentale. On suit ici, la leçon de la sociologie des sciences qui n'opère aucune rupture épistémologique entre individus et collectifs, humains et « non humains », taille micro et macro des acteurs, global et local, profane et expert, etc.<sup>12</sup> Ainsi, l'hypothèse de départ de l'enquête, considère que les traces officielles de formes de délégation sont à retrouver dans ces textes. Lois et textes réglementaires sont d'autant plus importants dans l'étude d'institutions publiques que, par ces textes, on établit la condition nécessaire à l'existence de leur action : sans eux, aucun établissement ne pourrait être bâti dans nos quartiers et, par conséquent, aucune interaction ne pourrait y avoir lieu.

Mais pour un processus de délégation, des instances peuvent revêtir un rôle plus important et être engagées dans une série d'obligations plus contraignantes que d'autres. Elles deviennent de cette façon l'objet d'autres délégations, au premier chef de celles provenant de simples citoyens. On voit ainsi l'émergence d'institutions publiques ou de réformes de celles

---

<sup>11</sup> Pour Francis Chateauraynaud, une des figures de la mobilisation c'est de solliciter un intéressement chez les acteurs : « Mobiliser, en ce sens, c'est *intéresser*, c'est-à-dire susciter un changement dans les préférences, et, par exemple, s'il s'agit de lutte contre le réchauffement climatique, inciter des acteurs à incorporer dans leurs calculs un "bilan carbone" » (2011 : 33).

<sup>12</sup> Sur la sociologie des sciences, voir Pestre (2006) et Bucchi (2002).

existantes. Depuis la Révolution Française, l'expertise sur le psychisme et le mental s'est déroulée dans des lieux spécifiques - les asiles psychiatriques - et s'est organisée autour d'une délégation d'ordre sécuritaire visant à protéger la société et à enfermer des malades mentaux. C'est à partir des années 1950 que, d'abord aux États-Unis et ensuite dans la plupart des pays occidentaux, des réformes ont transformé la nature de cette délégation. À partir des recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé, deux grandes configurations ont été investies pour la réception de nouveaux publics : l'hospitalier réformé et l'extrahospitalier. Par le travail de Parlements, ministères et d'autres institutions légitimées démocratiquement à créditer des pouvoirs, des services ambulatoires, des hôpitaux, des cliniques privées, des observatoires épidémiologiques, des clubs de patients et d'ex-patients, des associations, ont pris place dans une nouvelle configuration. Supposées travailler en réseaux, ces instances et institutions n'émergent pas au hasard dans un système national de santé publique : leur émergence définit des configurations différentes ou semblables d'un pays à l'autre. Ainsi, s'adresser à une institution « de santé mentale » engage, par définition, un rapport avec le concept d'institution lui-même. S'agit-il d'un hôpital ? D'un ambulatorio ? D'un réseau d'institutions ? Si ces désignations parlent d'un cadre institué et internationalement repéré sous l'étiquette *Mental Health Services*, elles dépassent les individus, les appartenances professionnelles, la faible frontière entre troubles mentaux et façons de s'en occuper. Elles engagent des visions radicalement différentes sur objets, actions et acteurs, qui théoriquement coexistent : le travail en vue d'une réduction des symptômes et celui en vue de la prévention de rechutes ; soigner les patients à l'hôpital et les suivre dans des services extrahospitaliers ; la possibilité de s'en remettre à un spécialiste psychiatre et à un psychologue ; voir un spécialiste chez soi et dans un lieu « sanitaire ».

Pour saisir cette dimension institutionnelle, on a choisi de considérer une définition assez stricte d'institution. En suivant Nicolas Dodier, ce sera l'institution *légale* : « nous dirons ainsi d'une instance qu'elle est *instituée* (ou qu'elle est une *institution*) lorsque ses initiatives sont investies, par le droit, d'un *a priori* de légitimité pour le domaine dont elle est chargée ». Cette définition est particulièrement importante dans le cadre d'un travail qui étudie comment des acteurs coordonnent leurs actions autour des délégations de soins. Elle renvoie, en effet, à ce que veut dire *instituer* pour Dodier :

c'est une manière de hiérarchiser les pouvoirs à l'intérieur d'une communauté politique, par l'intermédiaire du droit. Et c'est en raison même de cette hiérarchisation que les personnes se tournent vers les instances instituées en cas d'atteinte contre un

bien en soi, soit pour les investir de nouveaux pouvoirs, soit au contraire pour les prendre à partie (Dodier, 2003 : 28).

Bien entendu, à chaque fois qu'une institution est évoquée dans un texte réglementaire, elle ne se concrétise pas ; elle est, selon la portée de l'évocation et du texte, souhaitée, instituée, annoncée seulement, préconisée, réglementée, mise en réseau, réformée, financée ou définitivement abandonnée.

## **6. Où est la santé mentale ? La notion d'épreuve d'État**

Puisqu'au centre de ce travail se trouvent les manières selon lesquelles des acteurs établissent ce qui relève de la santé mentale ou pas, on doit comprendre quel poids est accordé, dans une société, aux différentes formes institutionnelles déléguées à émettre ce jugement. Qui doit intervenir dans la décision d'une hospitalisation ? Quelles places sont attribuées aux spécialistes des interventions et aux bénéficiaires des services ? Sous quelles contraintes les spécialistes acceptent ou rejettent des délégations de soins ? Jusqu'à quel point les jugements des acteurs jouent un rôle dans ce travail de tri ? Le cadre d'analyse pragmatique qui nous a servi de point de départ pour aborder ces questions, est constitué par un modèle de l'enquête visant à suivre les acteurs afin de rendre compte comment ils composent ou décomposent leur monde. Dans ce modèle, les mots et les choses, la nature et la culture, l'individu et l'organisation, n'affèrent pas à des mondes de nature différente : toutes ces entités interagissent continuellement. C'est aux sciences sociales de décrire les modes de dissolution et de stabilisation de ces interactions par des voies empiriques : observer, décrire et expérimenter. Même en santé mentale, il faut se confronter au concret des « choses ». Ainsi, dans ce travail, au lieu de poser la question « qu'est-ce que la santé mentale ? » ou « qu'est-ce qu'une délégation en santé mentale ? », on s'interroge plutôt sur « où est la santé mentale ? ». Puisque elle est une affaire publique et façonnée dans le cadre de politiques<sup>13</sup>, on rejoint ici la réflexion du sociologue français Dominique Linhardt, lorsqu'il s'interroge sur le lieu sociologique de l'État :

Ainsi, par exemple, on pourrait voir l'État dans le policier réglant la circulation, dans le juge notifiant une décision ou encore dans l'agent administratif derrière l'hygiaphone de son guichet. Certains attribueraient peut-être même un caractère étatique aux prescriptions de toutes sortes qui cadrent les activités les plus quotidiennes et qui sont dans certains cas matériellement présentes sous la forme

---

<sup>13</sup> En France, la loi de 1838, a été la première et pendant plus de cinquante ans, la seule loi de santé publique (Henckes, 2007 : 22).

d'inscriptions, tandis que dans d'autres cas leur existence n'est rappelée qu'en cas de transgression. L'État, on pourrait encore le voir dans les bâtiments publics, dont le caractère étatique est d'autant plus prégnant qu'ils sont parés du drapeau national. De l'État, on connaît aussi les organigrammes, les tableaux synthétiques ou encore les annuaires de la fonction publique qui renseignent sur sa composition. La liste pourrait être allongée à souhait. Et à mesure qu'on avancerait, on s'éloignerait de la vision de l'État comme centre politique : l'État occuperait au contraire une série ouverte de lieux, manifesterait sa présence dans une multitude de situations, apparaîtrait sous la forme d'un réseau hétérogène (Linhardt, 2008 : 4).

Pour enquêter sur l'État, comment éviter deux tendances qui, selon Linhardt, traversent la sociologie : celle de « se dégager de l'État » et celle qui, au contraire, reconnaît que « la réalité de l'État continue à s'imposer » ? Il propose, à cette fin, la notion d'épreuve<sup>14</sup> d'État :

Une épreuve d'État doit être entendue comme un processus opérant dans la réalité empirique, définissant une configuration historique à travers laquelle la réalité de l'État se constitue comme problème collectif et, à ce titre, l'éprouve. L'intérêt de la notion est qu'elle permet de décrire les manières dont la réalité de l'État se spécifie dans le cours de ses accomplissements collectifs et de faire découler de l'étude de ces derniers les connaissances sociologiques sur l'État. La tâche du sociologue ne consiste plus alors à énoncer ce dont l'État est effectivement fait, mais à suivre le jeu des attributions et de retranchements à travers lequel celui-ci se réalise. Les épreuves d'État sont variables à la fois dans leur extension temporelle, dans leur intensité et dans les enjeux qu'elles soulèvent. Une épreuve d'État, cela peut être aussi bien une bavure policière ou une guerre à grande échelle, le vote d'une nouvelle loi ou une alerte sanitaire, une émeute ou une grève des transports publics, une crise internationale ou une surprise électorale telle que la présence d'un candidat inattendue, [...], au deuxième tour d'une élection présidentielle (p. 7)<sup>15</sup>.

Pour différencier des types d'épreuves d'État, on distingue deux axes. Le premier oppose les épreuves de fondation aux épreuves de réitération. Si les unes concernent des affaires totalement inédites pour une société, les autres constituent des reprises et engagent une mémoire des épreuves passées. Le second axe oppose les épreuves d'extériorité aux épreuves de composition. Les premières sont induites, comme son nom l'indique, par l'action d'entités extérieures à l'État qui poussent celui-ci à réagir. Linhardt suggère des exemples comme les guerres ou les crises sanitaires, environnementales ou technologiques. Les

<sup>14</sup> La notion d'*épreuve* est une notion clé de la sociologie française. Voir à ce sujet Boltanski et Chiapello (1999), Bruno Latour (2001), Akrich, Callon et Latour (2006). Quant à la sociologie italienne, on retrouve cette notion in Centemeri (2006) et Vitale (2007).

<sup>15</sup> Dominique Linhardt considère que l'étude de ce qui fait l'État, soulève la question du réalisme dans les sciences sociales : « En effet, l'État ne s'offre jamais en tant que tel à l'observation sur les terrains des anthropologues, au cours des enquêtes des sociologues et dans les archives des historiens : comme le notait Georges Burdeau, il "*n'appartient pas à la phénoménologie tangible*" » in Linhardt et Vitale (2012 : 7).

secondes, au contraire, découlent de la nécessité de recomposer l'État de l'intérieur. Il ne s'agit pas, dans ce cas, de faire face à une menace venue de l'extérieur, mais à des enjeux engageant l'efficacité de l'action de l'État qui conduit à l'explicitation de ses mécanismes et de ses articulations internes. Dans ce groupe, l'auteur inclut les épreuves de « réforme de l'État » ou encore l'épreuve de la dette publique<sup>16</sup>. En ce qui concerne ce travail, peut-on considérer les réformes portant sur l'assistance psychiatrique comme des formes d'épreuve de composition d'État ? Si ces réformes tendent à mieux gouverner une entité définie comme socialement dangereuse, celle de maladie mentale, on pourrait répondre affirmativement. Mais cette réponse, ne suffit pas. Il faudra, au cours de ce travail et à partir de nos matériaux d'études, appuyer cette réponse sur des marqueurs d'argumentation qui permettent ce type de définition et motivent des types d'engagements. Prenons, l'exemple de l'énoncé suivant :

Au moment où l'importance prise par les maladies mentales parmi les fléaux sociaux apparaît chaque jour plus préoccupante, j'appelle tout particulièrement votre attention sur l'intérêt qui s'attache à ce que l'étude qui est demandée soit effectuée dans le plus court délai possible<sup>17</sup>.

L'énoncé, repéré et sélectionné dans un corpus de textes législatifs et réglementaires dont on détaillera par la suite la constitution, montre comment est établie, par le simple marqueur « *parmi* », une relation d'inclusion des maladies mentales dans le monde des fléaux<sup>18</sup> sociaux. Quelle importance a cette inclusion dans la totalité du corpus ? Persiste-t-elle au cours du temps, ou la classe « fléaux sociaux » est remplacée par un autre terme ? Ces questions permettent de montrer un principe de méthode suivi dans ce travail qui consiste à faire un aller et retour entre données, approches quantitatives et qualitatives et nouvelles pistes de recherche. Ce principe permettra de montrer, sur une longue série de textes réglementaires, que l'association entre le marqueur « contre » et les entités « lutte » et « maladies mentales », caractérise l'épreuve de l'État français à propos de la question psychiatrique.

---

<sup>16</sup> Sur cette notion portent toutes les contributions du n° 78 de la revue *Quaderni*, coordonné par Dominique Linhardt et Tommaso Vitale (2012). Parmi elles, on peut signaler en particulier *Avant propos : Épreuves d'État* de Dominique Linhardt, et *Mafia : état de violence ou violence d'État ? L'affaire Impastato et la requalification concomitante des groupes subversifs et de l'État en Italie (1978-2002)* de Deborah Puccio-Den.

<sup>17</sup> Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales.

<sup>18</sup> Au sens figuratif, le mot *fléaux* renvoie à un malheur considéré tant d'origine divine que d'origine naturelle ou humaine, qui frappe un individu ou une collectivité.

Revenons à la question concernant l'éventualité de considérer les réformes portant sur l'assistance psychiatrique comme des formes d'épreuve de composition d'État. Dans certains pays, le fait de faire marche arrière relativement à la logique de ségrégation des malades mentaux et de séparation physique des malades des non malades, aurait envisagé des dispositifs de soins qui n'ont rien à voir avec les anciens asiles psychiatriques<sup>19</sup>. Les réformes marquent ainsi un événement inédit même si elles se placent dans des séries d'épreuves d'État. Cette série traverse une dynamique temporelle qui fixe les toutes premières actions étatiques face à la folie au XVI<sup>e</sup> siècle, et ensuite réitérées. Le changement qui s'est produit après la Seconde Guerre Mondiale, en France et dans d'autres pays, marque toutefois une bifurcation dans cette trajectoire. Car on voit l'émergence d'un espace d'action inédit pour l'État, l'extrahospitalier, qui accompagne des « nouveaux concepts » (Castel, 1986) et qui marque « un nouveau monde » pour la psychiatrie française (Henckes, 2007).

La notion d'épreuve d'État a été une invitation à inscrire la recherche dont on rendra compte ici, dans une perspective comparative (Demazière, Araujo Guimarães, Hirata et Sugita, 2013). Cette recherche peut être qualifiée d'internationale puisqu'elle croise des enquêtes conduites en Italie et en France. Puisqu'on détaillera par la suite la définition du périmètre et de l'échelle de la comparaison, dans cette introduction on peut annoncer les entrées choisies pour l'analyse. On rendra compte de la délégation de soins dans ces deux pays, par le haut, c'est à dire par des textes institutionnels, et par le bas, à partir de situations individuelles. Ainsi l'enquête porte, dans un premier temps, sur les institutions prédominantes qui permettent à la délégation de soins d'avoir lieu, elle s'interrogera, ensuite, sur des acteurs qui ont concrètement eu des contacts avec ces institutions en tant que demandeurs et/ou bénéficiaires.

## **7. Le plan de la thèse**

Le propos de la thèse se développe en trois parties. La première constituée de deux chapitres, vise à construire l'objet de la recherche, et à présenter sa démarche et ses matériaux d'études. Dans *le premier chapitre*, on va aborder de manière formelle trois pôles sans lesquels aucune délégation de soins ne serait possible : le demandeur, le spécialiste et le

---

<sup>19</sup> À partir de plusieurs points de vue (géographique, administratif et organisationnel) certaines thèses décrivent le monde des services de santé mentale comme « éclaté ». Mais on peut envisager, parallèlement, que ce monde soit composé, mais différemment qu'autrefois. Voir, à ce propos, la différence entre les organisations planifiées et les organisations flexibles ou distribuées in Dodier (2000).

bénéficiaire. Participant à l'action de s'en remettre à un spécialiste, ces trois figures permettent de revenir sur la continuité trop souvent morcelée en plusieurs champs disciplinaires, entre deux mondes : celui de la vie ordinaire et celui des institutions psychiatriques. *Le deuxième chapitre*, quant à lui, propose la délimitation de deux cas d'étude qui permettront de travailler dans une perspective empirique de « regards croisés », les réflexions menées au chapitre précédent. Dans cette délimitation, les réformes psychiatriques de certains pays sont conçues comme de vrais laboratoires où l'on peut observer les transformations historiques du travail politique. On introduira les deux cas, choisis à partir des parcours à la fois similaires et différents qu'ils ont suivis dans ces transformations : l'Italie, qui s'est engagée officiellement à partir des années 1978 à mener une politique dont le trait principal a été la substitution définitive de l'hôpital psychiatrique par des services extrahospitaliers ; la France qui, par la notion de secteur, a mis en œuvre un modèle caractérisé par l'intégration de l'hôpital et des services extrahospitaliers. Le chapitre présente également les outils et les matériaux analysés.

La deuxième partie aborde la dynamique historique du travail politique qui a réglementé et organisé la délégation de soins, entre 1960 à 2010. En s'appuyant sur une analyse socio-informatique de corpus et sur l'exploitation de plusieurs articles de revues, les chapitres abordent les croisements et les bifurcations qui ont traversé le travail réglementaire et législatif et la collaboration entre professionnels des deux côtés des Alpes. Après avoir présenté comment l'Organisation Mondiale de la Santé pose des lignes directrices au niveau internationale sur la santé mentale, le *troisième chapitre* montre comment, au cours des années 1960, la notion de « secteur » est prise en compte dans les cas étudiés : en France, la forte composante administrative de l'État permet de poser les bases dès 1960 d'une nouvelle conception d'organisation des soins, alors qu'en Italie (du Nord) on assiste à l'importation et à l'expérimentation de cette notion dans un contexte très fragmenté par des visions différentes sur ce qui est mieux à faire. Pourquoi la *settorializzazione* ne pouvait-elle pas se développer en Italie ? Le *quatrième chapitre* (1970-1980) répond à cette question en expliquant les raisons du rejet du modèle français en Italie mais également les croisements des principales actions mises en place pour rendre tangibles les nouvelles politiques psychiatriques : cartographier et découper le territoire, distribuer et déléguer des responsabilités et des pouvoirs, instituer et équiper des nouvelles organisations. Le *cinquième chapitre* décrit les changements que les politiques publiques ont dû traverser dans la période 1990-2010. Si pour la France il s'agit de passer de la psychiatrie à la santé mentale, pour l'Italie ce passage est

considéré comme acquis, lorsqu'en 1978 la loi n° 180 a décidé l'arrêt de toute nouvelle hospitalisation en asile psychiatrique. Pour les Italiens, il s'agit plutôt de traduire dans les territoires ce que les lois nationales et régionales ont établi sur le plan réglementaire.

En faisant appel à la mémoire et aux récits de protagonistes de la délégation de soins, la troisième partie rend compte des modes de participation à cette expérience et de la continuité entre le demandeur et le bénéficiaire. Les entretiens semi-directifs qui ont servi à rédiger le *sixième chapitre*, montrent comment des patients français oscillent entre la réversibilité et l'irréversibilité dans leur parcours de soins. Ils peuvent expérimenter respectivement, d'un côté, le fait de devenir de plus en plus autonomes – au sens où ils peuvent régler à leur guise quand et comment faire appel à un spécialiste ou à une institution de santé mentale, de l'autre, l'état où ils sont totalement dépourvus de toute prise sur leur parcours de soins. Enfin, le *septième chapitre* porte sur l'expérience de patients et proches italiens à qui on a demandé, par des questions à réponses ouvertes d'un questionnaire, de rendre compte de leur premier recours à un service public de santé mentale.







## **Première partie**

### **L'enquête, son objet, sa démarche**



## Chapitre I. « S'en remettre à un spécialiste » et les acteurs de la délégation de soins

### Introduction

Dans sa *Contribution à une histoire politique de la délégation des soins*, le sociologue français Nicolas Dodier utilise le terme de *délégation* pour désigner « l'ensemble des dynamiques par lesquelles on en vient, d'une façon ou d'une autre, à s'en remettre à un spécialiste » (Dodier, 2004 : 10). Son analyse porte, en particulier, sur les spécialistes des interventions sur le psychisme et le mental qui, comme d'autres, ont toujours eu à se positionner vis-à-vis de la médecine. Selon Dodier, pour commencer à comprendre comment on en vient à s'en remettre à ces spécialistes, il faut partir des profondes transformations qui ont traversé, depuis les années 1950, la médecine et le statut des malades. Il considère que la dynamique de la délégation est l'objet d'un « *"travail politique"* qui vise à distribuer ou redistribuer les pouvoirs entre différents protagonistes concernés ». Un travail sociologique sur l'ensemble des dynamiques permettant cette action, ne peut pas considérer cet ensemble comme déjà assemblé, composé et prêt à l'observation empirique. Au contraire, il est nécessaire de rendre compte de la nature hétérogène des liens qui le composent, des manières d'établir ces liens et de les rendre visibles dans le temps et dans l'espace.

Pour déconstruire cet objet d'étude, on abordera, dans ce premier chapitre, la délégation de soins du point de vue des acteurs qu'elle présuppose : un demandeur, un spécialiste et un bénéficiaire. Ces trois termes offrent l'avantage linguistique de dire la santé mentale sans emprunter, d'une façon non analytique, des notions du champ médical et psychiatrique.

## 1.1 Des demandeurs

### 1.1.2 Arriver aux institutions, produire des énoncés, surgir dans des archives<sup>1</sup>

Elle raconte avoir eu une attaque de panique dans un lieu fermé il y a un mois et demi, mais elle signale un mal-être, une souffrance dans ces lieux fermés depuis un an. Elle refuse de conduire sa voiture, parle de mal-être physique, de sécheresse à la gorge et à la bouche, de jambes faibles. Son médecin généraliste lui a prescrit du Levopride pour deux semaines, et 10 gouttes d'Alprazolam 10 le soir (traitement actuellement en cours). Elle demande à être suivie.

[Femme, 56 ans]

Le patient a des problèmes au travail et ceux-ci ont provoqué un état dépressif, il n'a plus appétit, le matin n'arrive plus à se lever. Il ne prend pas de médicaments.

[Homme, 57 ans]

Elle est en Italie depuis huit ans et vit avec sa sœur et sa tante. À cause de ces deux personnes elle dit avoir développé des crises d'anxiété qui ont compromis deux examens universitaires. Elle dit avoir eu des visions dans lesquelles ces personnes auraient comploté pour la tuer ; cela depuis un an.

[Femme, 24 ans]

Il est envoyé par son médecin généraliste, qui est son père, pour une hospitalisation dans la clinique X (à cause d'une altération de la personnalité). Il dit qu'il n'a pas vu de psychiatre (sauf, peut-être, un à l'hôpital) et il ne prend pas de médicaments. Il change de personnalité en fonction de ce qu'il touche. Il dit que cela dure depuis 10 ans (cocaïne, alcool et marijuana). Il a des attaques de panique et d'insomnie. « Il m'arrive de faire des choses stupides sur lesquelles je n'ai pas de contrôle ». Cocaïnoman et alcoolique jusqu'à il y a deux mois, il a trouvé un travail et pour cela veut bouger. Il souhaite s'hospitaliser à cause de l'instabilité de son humeur, parce qu'il a peur de tenter de s'échapper après un certain temps.

[Homme, 28 ans]

Contrairement aux innombrables récits qu'on produit pour raconter des soucis quotidiens, ces histoires ont fait appel à une écoute spécialisée, celle d'une institution. Toutes, rapportées dans des dossiers cliniques sous forme de brefs comptes rendus, ont été adressées à

---

<sup>1</sup> Afin de négocier l'accès au terrain d'enquête, entre 2008 et 2009, on a pu à plusieurs reprises interviewer le responsable d'un service ambulatoire de santé mentale de Rome. Il nous a permis de consulter 20 dossiers cliniques stockés et numérotés dans l'archive du service. Ces dossiers se composent de formulaires, notes, photocopies d'ordonnances, examens médicaux et écrits professionnels. Les énoncés qui suivent, rédigés par des infirmiers, sont des notes collectées dans ces dossiers. Elles rendent compte des premiers échanges langagiers qui ont eu lieu entre les nouveaux arrivés au service et les infirmiers. Croisés avec la littérature qu'on retrouvera dans les pages qui suivent, ces matériaux ont contribué à définir le plan de ce chapitre et à délimiter les trois figures du demandeur, du spécialiste et du bénéficiaire, dans la délégation de soins.

un service public italien de la banlieue romaine. Comme ces textes, des milliers d'autres sont stockés dans les archives de ce service et dans les autres 707 services qui partagent la même dénomination : *Centro di Salute Mentale* (CSM). Imprimée sur la plaquette qui accueille chaque visiteur de ce centre, cette dénomination rappelle que ces histoires relèvent, d'une façon ou d'une autre, d'une même catégorie, celle de « santé mentale ». Il n'est pas nécessaire maintenant de donner plus de détails sur l'organisation, l'histoire, le mandat de ce service. Ce qu'il faut souligner, par contre, c'est que, pour ces archives, la catégorie de « santé mentale » traverse tous ces énoncés où elle joue le rôle d'un résumé susceptible de lier les professionnels qui les ont retranscrits, une partie des parcours biographiques de leurs narrateurs et ce service public.

Pourquoi débiter par le récit de ces histoires retranscrites par mes soins dans une banlieue romaine ? Elles ne représentent qu'une toute petite partie des personnes qui se sont adressées à ce service, et avec des statistiques fournies par des organisations internationales ou des catégories d'experts de ce domaine on serait, peut-être, plus crédible. Dans l'espace public, en effet, ces énoncés n'existent que sous forme de classifications extrêmement condensées : « plainte », « demande », « recours », « souffrance », « malaise », « trouble ». Et, de la même manière, leurs auteurs restent invisibles et muets si des porte-parole ne surgissent pas dans l'espace public. À la suite d'agrégations statistiques et de processus d'étiquetage, définis et partagés selon les disciplines scientifiques, les arènes médiatiques et les périodes historiques, ces porte-parole peuvent utiliser des mots tels que : « fous », « patients », « clientèle », « malades mentaux », « populations souffrantes et vulnérables », « usagers »<sup>2</sup>, « usagers de la santé mentale », « patients prévalents », « patients incidents »<sup>3</sup>. Ce n'est qu'après ces processus de condensation, de classification et d'agrégation que les

---

<sup>2</sup> Lise Demailly montre comment la figure juridique de l'« usager » a connu une montée en puissance dans la législation française. Dans le cadre des « politiques de la relation » (Demailly, 2008), cette catégorie renvoie dès le décret du 28 novembre 1983, à plusieurs principes : égalité devant la loi, réparation des erreurs sans attendre une procédure contentieuse, importance des organismes consultatifs. Le droit des usagers est proclamé par la loi de janvier 2002 qui prévoit, par exemple, la mise en place de conseils de maisons et d'une charte des droits. Cette montée en puissance s'accompagne d'ailleurs aux tensions qui caractérisent le vocable « usagers ». En construisant cette catégorie telles que les professionnels des services la mettent en jeu dans leur langage et dans leurs pratiques, Demailly illustre que le mot « usager » permet : de s'opposer à l'idée de traiter les destinataires des politiques publiques « comme des assujettis » (p. 298) ; d'introduire une transversalité abstraite qui « gomme d'une part l'aspect spécifique des actes professionnels, d'autre part, leur dimension relationnelle » (p. 299) ; de tirer le destinataire vers le statut de « consommateur de biens et de services » (p. 301).

<sup>3</sup> L'historienne Lisa Roscioni parle à ce propos, de l'évidence que des expressions comme « maladies mentales » ou « troubles psychiques » s'avèrent anachroniques ou totalement inadéquates pour ceux qui s'intéressent à la folie sous l'Ancien Régime : « Pour l'époque prépsychiatrique on leur préfère en général les termes de « folie »/« fous », correspondant à *folia/folli* en italien et *madness/mad people, lunacy/lunatics* en anglais » (Roscioni, 2011 : 32).

expériences vécues et racontées dans ces récits, peuvent faire sens auprès d'autres acteurs qui ne les ressentent pas eux-mêmes.

On a choisi de commencer par ces énoncés et par leurs auteurs car, les uns et les autres, suivent une trajectoire non tracée par les statistiques publiques : avant de surgir sous autres formes dans l'espace public, ils doivent atteindre ces archives. Leur parcours est donc fait, en grande partie, loin de la problématisation publique, en dehors des institutions dites « sanitaires » et en amont d'un diagnostic. Lorsqu'un professionnel ajoute un dossier clinique à ces archives, une histoire et une personne ont déjà franchi les premières étapes d'un parcours que de multiples sociologues ont décrit sous l'expression de « carrière morale »<sup>4</sup>. Pour ces acteurs, une page est déjà tournée et ils sont, peut-être, même déjà à l'aboutissement d'un parcours de soins informels. Nul ne sait pour autant prévoir quand et comment une personne pourra faire ce cheminement et parvenir à cette étape. D'autant que ce processus ne dépend pas exclusivement des auteurs de ces histoires mais également de ce qui est autour d'eux et des ressources à disposition : culture d'un problème public, perception de signes précurseurs d'un trouble, niveau d'études, revenus, disponibilité des structures et facilité d'accès, dispositifs de contraintes aux soins, etc. S'acheminer vers une écoute spécialisée a également des conséquences sur ces protagonistes : si, hier, ces récits contraignaient leurs auteurs à l'internement dans des institutions totalitaires, aujourd'hui on n'en est plus dans les mêmes circonstances. Comment rendre compte de ce parcours dans une perspective sociologique ? Car si « la maladie [...] est socialement définie » (Adam et Herzlich, 2007 : 6), le processus de recours aux soins l'est aussi. En conséquence, le parcours nécessaire pour gagner ces archives peut être considéré comme un réseau brouillé de causes et de conséquences, de trajectoires d'individus et de collectifs, d'énoncés et de classifications professionnelles, de perceptions subjectives et négociées.

### **1.1.3 Ni encore malades, ni déjà patients : formes ordinaires de vigilance et de délégation institutionnelle**

En matière de recours aux soins, on oppose souvent deux mondes : celui des maladies en population générale et celui des patients soignés par les institutions sanitaires. Il y aurait donc d'un côté des populations de malades qui ne sont pas, ou pas encore, soignés et, de l'autre, des patients qui, par définition, font déjà l'objet d'une expertise et d'un savoir que le

---

<sup>4</sup> Des classiques de la sociologie nord-américaine s'imposent immédiatement : Goffman (1968) ; Becker (1995) ; Strauss (1992).



monde de la médecine a su faire reconnaître dans les sociétés occidentales. Ces deux mondes se partagent l'espace social : si le premier ne se situe pas exclusivement dans des murs car toujours à la recherche d'agents pathogènes surgissant n'importe où, le second, s'exerce dans des formes institutionnelles différentes mais relativement stables depuis trois siècles : l'hôpital et les institutions sanitaires. Ces deux mondes se partagent également des pouvoirs différents : le pouvoir de lancer des alertes, de légitimer des risques collectifs, de prévoir l'état de santé de populations, pour le premier ; soigner, conseiller, sauver de la mort et préserver la vie, pour l'autre. Comment passe-t-on d'un monde à l'autre ? Répondre à cette question n'est pas aisé, mais l'entrée par des personnes qui, dans un temps donné, sont entre ces deux mondes, à la frontière entre maladie non détectée et maladie soignée, permet de considérer un troisième monde irréductible. La figure de celui qui s'adresse à un spécialiste de la santé n'est, en effet, ni encore celle d'un malade ni déjà celle d'un patient. D'une façon générale, cette place sociale, qui peut être pourvue tant par des individus que par un collectif, est celle de celui qui fait l'expérience d'une perception étrange, d'un danger, d'un risque probable, d'une perte de prises sur la réalité. Si cette expérience le concerne directement, il pourra se remettre à un spécialiste afin qu'il puisse intervenir sur ce qui fait problème. Au contraire, si cette expérience concerne plutôt autrui, il pourra selon le type de relation sociale, solliciter une intervention sur celui-ci : il délègue ce qui fait problème à un spécialiste afin qu'il puisse s'en occuper mieux que lui.

L'expérience d'apercevoir ce qui fait problème peut dépendre de plusieurs facteurs. Par l'expérience corporelle, par exemple, qui suppose une vigilance ordinaire sur une série de perceptions : avoir mal, entendre des voix, ressentir ses propres émotions<sup>5</sup>. L'absence de signaux méconnus et dérangeants est considérée généralement comme un état de bonne santé de l'individu. Cette absence rassure sur le fait qu'il n'y a pas de raison d'envisager une forme de recours à un professionnel de santé : aucune alerte n'est lancée, aucune entité ne sera déléguée à un spécialiste. Ce qui n'est pas le cas lorsqu'il s'agit de prévenir un danger sur des populations considérées comme « à risque ». Dans ce cas, les perceptions personnelles ne suffisent pas pour mobiliser un spécialiste et justifier son intervention. Pour cela, on doit s'appuyer sur des preuves de danger institutionnellement légitimées plutôt que sur des signes ressentis subjectivement. Des institutions de veille sanitaire entrent en jeu, par exemple, en s'appuyant sur des statistiques et des précédents répertoriés pour lancer une alerte dans l'espace public. On délègue ainsi des organismes sanitaires pour intervenir sur des entités

---

<sup>5</sup> « En langage ordinaire, il faut qu'un problème soit senti pour pouvoir être énoncé. » (Dewey, 1993 : 132).

supposées surgir dangereusement dans un futur proche ou lointain. À ces deux exemples, on peut opposer des cas où il n'y a pas de consensus sur la réalité et sur le danger des entités sur lesquelles on veut intervenir. On voit ces controverses dans les situations où maladie et recours aux spécialistes ne vont pas ensemble : pour des personnes, que les institutions qualifient de malades et qui ne demandent ou ne consentent pas aux soins ; et *vice-versa*, pour celles, parfaitement en bonne santé (pour les spécialistes bien entendu), qui demandent des soins pour elles-mêmes ou pour des proches.

Une enquête qui ne définit pas à l'avance la liste des entités et des acteurs engagés dans l'action de « s'en remettre à un spécialiste » doit pouvoir rendre compte non seulement de celui qui délègue quelque chose à un spécialiste pour soi-même, mais également de celui qui le fait pour un tiers. En ce qui concerne la délégation des soins en santé mentale, restreindre ou réduire l'action du demandeur au statut de patient, c'est un choix que, dans le cadre de ce travail, on préfère écarter. Il importe peu que des expériences soient ressenties pour motiver une intervention sur soi-même ou sur d'autres, il importe que le demandeur puisse s'adresser à un spécialiste pour lui demander d'intervenir sur un tiers : le bénéficiaire ou l'objet délégué. On reconnaît facilement cette place : *le demandeur est celui qui déclenche une procédure, une enquête, un processus d'intéressement sur une entité qu'il estime en danger ou qui fait problème*. Ce qui veut dire que c'est lui le premier troublé, c'est à lui de ressentir et d'expérimenter ce vécu et de fournir à un spécialiste une première connaissance de ce qui le trouble. Si l'on peut envisager, comme Dodier le signale, la délégation comme « à la fois un travail engagé par chaque personne face au spécialiste » et un « travail plus collectif, destiné à régler la délégation de façon plus globale » (p. 10), comment éviter des ruptures entre une délégation « duelle » et une autre « collective » dans ce processus ? La différence entre l'une et l'autre ne pourrait se faire uniquement à partir de canons scientifiques ou techniques de l'expertise. Et pas non plus par le filtre des alertes épidémiologiques qui mobilisent des institutions en faveur de populations supposées à risque. Ici, on propose plutôt de considérer comment des formes de délégation se sont institutionnalisées dans le temps et se sont normées par des textes législatifs réglementaires, en délimitant le champ d'étude à celles qui règlent l'accès aux institutions publiques « de santé mentale ». Loin de considérer ces formes comme le miroir de ce qui se passe effectivement sur le terrain, elles nous permettent de retracer les pouvoirs attribués, par le législateur, à des acteurs qui participent à la délégation de soins dans un système national de santé mentale.

#### 1.1.4 Point de départ, point d'arrivée : entre les logiques de demande et d'offre de soins

Autour de la dualité relationnelle, entre médecins et patients, de l'intervention médicale, deux autres s'organisent : l'une, temporelle, qui modélise un *avant* et un *après* le recours aux soins ; l'autre, conceptuelle qui oppose une logique de *demande* à celle d'*offre*. Emprunter l'une de ces oppositions implique de construire et de définir sur un plan normatif et disciplinaire ce que s'en remettre à un expert veut dire, y compris lorsque cet expert travaille dans des institutions définies « de santé mentale ».

L'idée selon laquelle un premier contact avec un service de santé mentale est l'aboutissement d'un cheminement complexe, est amplement acceptée<sup>6</sup>. Une autre, contraire à celle-ci, considère plutôt cette action comme le point de départ d'un parcours de soins. Choisir l'une de ces deux options – arrivée ou départ – signifie orienter l'investigation soit sur ce qui se passe avant, soit sur ce qui se passe après un point de rupture dans la ligne du temps. C'est souvent l'expertise du médecin qu'on considère comme le point marquant de ce moment. Son expertise permet de découvrir dans ce parcours des entités jusqu'alors restées au niveau de perceptions personnelles ou de tiers. Avant d'arriver au médecin, ces entités sont l'objet d'observations de proches, de préoccupations ponctuelles, de symptômes subjectifs, de seuils de risques tolérés. Dans le cas plus spécifique de ce travail, il est commun de retrouver des expressions telles que « besoins de santé mentale »<sup>7</sup>, « troubles psychiatriques », « hallucinations auditives », pour indiquer des entités nécessitant une intervention. Ainsi, l'expertise sur ces entités marque à la fois un avant et un après tant pour les experts que pour les expertisés et pour leur entourage. Cela n'implique pas automatiquement des conséquences sur ces acteurs qui peuvent y répondre par trois attitudes possibles : l'indifférence, les soins, une vigilance continue et informelle sur les entités expertisées.

Au niveau des connaissances savantes, l'épidémiologie psychiatrique, par exemple, sait que les psychiatres voient une partie plus ou moins grande de l'iceberg de la morbidité<sup>8</sup>

---

<sup>6</sup> Voir, à titre d'exemple, l'ouvrage de Charles Kadushin (1969).

<sup>7</sup> « Un besoin existe : 1) si une personne souffrant de maladie mentale présente un problème significatif dans les sphères cliniques et sociales ; et 2) si une intervention thérapeutique ou sociale peut réduire ou contenir le problème » (Kovess, 2001: 22).

<sup>8</sup> « "La morbidité est à la maladie ce que la mortalité est à la mort." Il s'agit donc de la description et de la mesure soit des malades nouveaux dans une population au cours d'une année (appelée "incidence de la maladie" par les épidémiologistes), soit de l'ensemble des malades existant ou ayant existé à un moment précis et au cours

psychiatrique. Les filtres de l'accès aux services sont multiples, et entre la décision de consulter et le fait de s'adresser à un spécialiste une forte sélection, imputée aux services mêmes, est opérée. Au Royaume-Uni, par exemple, un psychiatre ne peut être consulté que par l'intermédiaire obligé du généraliste. Comme les capacités des généralistes à faire un diagnostic de troubles mentaux sont extrêmement variables, leur attitude participe inévitablement aux trajectoires possibles du patient vers des services spécialisés. En outre, des études en population générale ont souligné les relations très variables entre un trouble tel que décrit dans les principales classifications admises par les professionnels et le même trouble tel que perçu par les personnes qui en souffrent. Dans le cas de la dépression par exemple, on enregistre, parfois, une sous-estimation du trouble chez les personnes : des signes ressentis ne sont pas vécus comme des symptômes à prendre en compte pour s'adresser à un praticien. Dans d'autres cas, la relation s'inverse : on trouve plus de personnes se déclarant déprimées que de personnes présentant les signes cliniques propres à cet état. Généralement cette variabilité fait partie des dynamiques de ce que l'épidémiologie psychiatrique appelle « demande de soins » (*demand for care*). D'autres facteurs de variation sont à prendre en compte par les épidémiologistes pour étudier ces dynamiques : les perceptions de l'entourage (qui ne coïncident pas avec celles de la personne qui souffre) ; l'attitude par rapport au système de soins (car il ne suffit pas d'envisager que l'on a un problème, il faut admettre que ce problème puisse être l'objet d'un traitement) ; le type d'institution prévu pour détecter et traiter ces problèmes (les contraintes imposées aux individus qui rentrent dans un hôpital psychiatrique ou dans un services ambulatoire de santé mentale, ne sont pas du tout les mêmes) ; les problèmes d'accessibilité (listes d'attente, absence de services dans certains territoires, carence de personnel, etc.)<sup>9</sup>.

L'économie de la santé, de son côté, ne considère la demande de soins qu'après le diagnostic de l'expert. C'est par la médiation de cet acte que l'économie arrive à dégager la propriété quantitative qui caractérise le mot « demande » de ce domaine : elle est envisagée comme une quantité de prestations à délivrer et, selon le jargon gestionnaire, « à gouverner »<sup>10</sup>. Sur ce point, au contraire de l'approche épidémiologique, l'économie de la

---

d'une période déterminée, indépendamment des dates d'entrée en maladie et/ou de sortie (appelée "prévalence de la maladie") » (Drulhe, 1996 : 75).

<sup>9</sup> Nombreux sont les ouvrages qui traitent l'épidémiologie psychiatrique. Voir, à ce propos, Kovess, (1996) et (Tansella, 1997).

<sup>10</sup> Voir, à ce propos, (Tedeschi et Tozzi, 2004). Pour des travaux sur la notion de demande en général dans les sciences économiques et sociales, on peut citer (Pierantoni, 1998). Ce n'est que récemment que économie et

santé s'intéresse à tout ce qui se passe après l'expertise médicale et dans les institutions sanitaires. Ce mode d'observation est d'autant plus central en économie de la santé si l'on considère le pouvoir discrétionnaire du médecin sur la demande de soins et l'importance des effets d'offre sur le marché et sur la consommation médicale. Ces effets ne sont pas négligeables car dans ce domaine, la demande est induite par l'offre<sup>11</sup>. Par exemple, les études sur le concept de la demande induite (*supplier-induced demand*) ont montré que les modèles d'analyse doivent prendre en compte l'interaction « médecin-patient » et l'asymétrie d'information qui menace l'exercice d'un « contrôle profane » de ce dernier sur les alternatives thérapeutiques (Freidson, 1984). Malgré un certain consensus sur la définition du concept, celui-ci ne manque pas de compliquer la recherche empirique :

« La demande induite correspond à la mesure dans laquelle un médecin peut recommander et imposer une prestation de service médical différente de celle que le patient choisirait s'il détenait la même information que lui. Une telle définition complique toutefois la démarche empirique. En pratique, ce n'est pas la demande initiale par le patient qui est observée, mais l'interaction des décisions conjointes du patient et du médecin » (Rochaix et Jacobzone, 1997)<sup>12</sup>.

De plus, la distinction producteur-consommateur de soins est beaucoup plus complexe en psychiatrie que la simple identification, par le premier terme, du soignant et, par le second, du patient. Comme François Chapiereau (1997) le fait remarquer dans le numéro 14 du *Bulletin de la Fédération Française de Psychiatrie*, « la réussite même d'un traitement est associée à la façon dont le patient – et souvent la famille – deviennent eux-mêmes d'authentiques producteurs de soins au sein de la relation thérapeutique soutenue et contrôlée par le médecin ». Bref, on risque d'appeler « demande de soins » ce que le médecin décide de faire et non ce que le patient demande.

### 1.1.5 Lorsque c'est l'État qui délègue

À une époque où l'État est concentré sur la réduction de la dette publique, on ne peut pas négliger sa place dans les politiques publiques, sanitaires et sociales. D'une façon générale, l'État central reste le garant de la santé des personnes présentes sur son territoire,

---

santé mentale ont commencé à établir une collaboration. Le n° 32 de la revue *Confrontations psychiatriques* (1991), fait un état des lieux très complet dans le contexte français.

<sup>11</sup> Denis-Clair Lambert fait de la « demande induite » une entrée du lexique du numéro de *Confrontations psychiatriques* ici cité. Tant pour la médecine ambulatoire que pour celle hospitalière, selon Lambert, cette explication s'appuierait sur la « loi des débouchés » de l'économiste libéral lyonnais Jean-Baptiste Say.

<sup>12</sup> Pour une synthèse sur ces travaux, l'on consultera (Brenna, 1999) ; et pour les hospitalisations en psychiatrie, Watts, Shiner, Klauss et Weeks, (2011).

mais non sans déléguer, à d'autres institutions, des pouvoirs législatifs ou des missions, selon les cas nationaux. La délégation de fonctions peut s'orienter vers des instances législatives régionales comme, par exemple, les *Consigli Regionali* (Conseils Régionaux) en Italie, mais également vers des multiples services publics supposés travailler en réseau. Ces services permettent non seulement l'attribution de droits mais visent également à rendre les personnes effectivement bénéficiaires de ces droits par des activités de service. Sur ce point, l'État central peut constituer juridiquement et économiquement une offre, mais pour qu'elle soit effectivement bénéfique il faut qu'elle soit située spatialement. C'est pourquoi, la délégation vise également les individus-professionnels qui représentent, par un mandat public, ces institutions auprès des demandeurs. L'un d'entre eux est *le premier consultant* qui, au niveau de la rencontre avec les usagers, « [...] est généralement seul, mais il est toujours le représentant d'une institution, au sens où il est mandaté par l'institution qui le paie pour rencontrer les demandeurs » (Leverrier, 1975 : 85).

Dans les dernières années, toutes les institutions sanitaires sont soumises à une double contrainte : d'un côté elles doivent être de plus en plus souples, « efficaces » et « efficientes » selon le jargon des gestionnaires ; de l'autre, elles doivent se fonder sur la médecine des preuves (*evidence based medicine*<sup>13</sup>). Ces contraintes pèsent également sur l'action de l'État à l'égard des institutions psychiatriques. Les réformes qui ont transformé cette action à partir des années 1960 sont très explicatives du renouvellement des délégations étatiques. Un peu partout en Europe, la réduction du nombre de lits dans les hôpitaux psychiatriques et le développement de services dits « extrahospitaliers » ont provoqué une cartographie renouvelée de l'organisation et de la spatialisation de l'offre de soins psychiatriques. Mais cette cartographie n'a pas seulement concerné directement des fournisseurs de soins, elle a porté aussi sur des acteurs intermédiaires : organismes de veille sanitaire, observatoires régionaux de santé, systèmes informatifs nationaux. En général, ce renouvellement doit être rapporté aux types de systèmes sanitaires que les pays se sont choisis (beveridigien ou bismarckien) et peut s'articuler sur un continuum qui va du décentrement à la centralisation des pouvoirs. Dans tous les cas, les formes de délégation destinées à garantir la santé et la santé mentale ont mobilisé des réseaux d'acteurs extrêmement diversifiés bien avant la constitution de la notion d'État. En raison de cette mobilisation hétérogène, les approches classiques en termes de monopoles professionnels d'expertise et de décision semblent être dépassées pour une analyse contemporaine des réformes psychiatriques récentes. L'étude des processus de délégation de

---

<sup>13</sup> Voir à ce propos la critique de l'EBM in Marradi, Nigris (2010).

soins doit pouvoir, en effet, varier l'échelle, les appartenances et les degrés d'expertise de l'acteur qui est porteur de cette délégation, et les finalités mêmes de celle-ci. En effet, la délégation « classique », entre patient et médecin, est soumise à une série d'autres délégations plus ou moins contraignantes, sans lesquelles aucun patient ne pourra déléguer quoi que ce soit<sup>14</sup>.

### **1.1.6 Remettre autrui à des spécialistes de santé : quelle place pour un tiers-médiateur ?**

Nombreux sont les cas en médecine où le demandeur n'est pas le malade : le traitement des mineurs, celui des patients non consentants aux soins ou les soins palliatifs, parmi d'autres. Dans ces cas particuliers, on ne peut pas exclure un tiers, individu ou collectif, participant à la trajectoire de soins de ces acteurs. Le commencement même de ces soins peut dépendre de ce tiers. Contrairement à cette évidence, la relation duelle médecin-patient a toujours été considérée comme le lieu d'observation où le patient et le demandeur sont rassemblés dans un seul corps : celui du malade<sup>15</sup>. Le fait d'être demandeur de soins est considéré, dans la pensée médicale, comme périphérique par rapport à l'être malade car c'est dans ce dernier statut que la maladie parle, par ses signes, au médecin. Si ce dernier est le porte-parole expert de la maladie auprès du malade, le patient, de son côté, par son silence, permet cette communication. C'est en raison de l'accord, de la docilité et de la disposition du patient à laisser la parole aux symptômes, que le médecin peut faire son travail<sup>16</sup>. L'extrême de cette figure se produit dans la chambre opératoire où le patient peut même disparaître dans la description de l'action professionnelle<sup>17</sup>.

La définition des formes de délégation à un professionnel et à une institution peut donner lieu à un travail très détaillé de la littérature sociologique nord-américaine. Depuis ses études classiques, la perspective interactionniste de l'École de Chicago fournit un cadre d'analyse pour penser l'entrée dans la maladie. En ce qui concerne les institutions psychiatriques, il faut revenir à Erving Goffman (1968) pour une description détaillée du rôle

---

<sup>14</sup> « L'allure même de la relation médecin-malade dépend en effet des pouvoirs conférés aux autres acteurs susceptibles d'intervenir dans le domaine de la santé : l'entourage du patient, les associations de malades, ou de proches, les laboratoires pharmaceutiques, l'administration, le pouvoir politique, la justice » (Dodier, 2004 : 10).

<sup>15</sup> Cette question est abordée plus en détail dans le prochain paragraphe.

<sup>16</sup> Sur ce point, voir Barthes (1985).

<sup>17</sup> Voir, à ce propos, l'article de Callon et Rabearisoa (1999) sur comment faire disparaître la personne du patient en sociologie du travail.

du tiers dans ce processus. Dans *Asiles*, il aborde magistralement le problème de comment les personnes viennent aux institutions psychiatriques. S'adresser à une institution pour des raisons de santé mentale signifiait, à l'époque, s'adresser à une institution totalitaire et à l'asile psychiatrique, et les conséquences de cet acte se résumaient, pour la plupart des cas, à l'internement des malades. Les formalités d'admission<sup>18</sup> ont toujours joué un rôle encadrant cette action :

l'arrivant se laisse niveler, homogénéiser et transformer en un objet que l'on peut livrer à la machine de l'établissement de telle façon que rien ne vienne entraver la marche routinière des opérations administratives (p. 59)

En raison de l'imperméabilité de l'hôpital au monde extérieur, les opérations de dépouillement et de nivellement mises en œuvre lors de l'admission, amputent brutalement le nouvel arrivant de ses diverses particularités sociologiques. En effet, le fonctionnement interne et la cohésion de l'institution dépendent de cette imperméabilité qui est tout de même relative. Dans les chapitres « L'univers des reclus » et « La phase pré-hospitalière », Goffman montre, sur ce point, comment le système social délègue des agents qui font passer le malade du statut de normal à celui d'interné ; il s'agit des « agents de l'internement ». Il en distingue trois. Premièrement, on retrouve le « proche-parent », quelqu'un de la famille, mais pas nécessairement. Il est le dernier à avoir mis en doute les facultés mentales du malade et le premier à avoir essayé de traiter sa maladie. Deuxièmement, il y a le « plaignant, c'est à dire le personnage qui a entrepris l'action ayant entraîné l'hospitalisation du délinquant ». C'est lui qui paraît rétrospectivement à l'origine du processus d'hospitalisation. On le retrouve engagé dans cette histoire à partir de sa « déposition » qui accompagne les dossiers cliniques des patients. Même si Goffman n'accorde pas beaucoup d'espace à cet acteur, il considère comme primordial le rôle de sa déposition : « c'est là qu'il faut voir le point de départ "social" de la carrière du malade » (p. 188). Il y a donc, poursuit Goffman, des « types de fautes qui conduisent à l'hospitalisation » qui sont différentes de celles qui conduisent à d'autres formes de réclusion, appelées par les professionnels « les contingences de carrière ». Parmi d'autres, Goffman cite le statut socio-économique, la proximité de l'hôpital psychiatrique, le niveau d'information sur tel traitement appliqué dans les hôpitaux accessibles. Troisièmement, on

---

<sup>18</sup> Photographie, prise des empreintes digitales, pesée, assignation d'un matricule, fouille, inventaire des effets personnels, séance de déshabillage, de douche, de désinfection, de coupe de cheveux, etc. Pour plus de détails sur les cérémonies d'admission, voir Goffman (1968, 59-60).



retrouve les « intermédiaires » : c'est-à dire toute la série des agents et services auxquels le malade est adressé et qui l'acheminent vers l'hôpital. Selon Goffman ce groupe comprend :

aussi bien la police que le clergé, les praticiens de médecine générale, les psychiatres consultants, le personnel des dispensaires, les hommes de loi, les assistantes sociales, les maîtres d'école, etc. (p. 190)

L'un de ces agents est le vrai commanditaire de l'hospitalisation, d'un point de vue légale, il se verra :

légalement mandaté pour ratifier la décision d'internement et s'en acquittera : ainsi tous ceux qui le précèdent dans la chaîne se trouvent engagés dans une affaire dont les conséquences sont encore inconnues. (p. 190)

Le rôle joué par les intermédiaires est encore plus visible lorsqu'ils disparaissent de la scène. Dans ce cas, Goffman rappelle que le malade passe du statut de consultant à celui d'interné pur et simple et l'agent prépondérant est désormais le directeur de l'hôpital. La différence entre le plaignant et les intermédiaires tient au degré d'expertise. Le premier est un profane qui engage l'action en tant que citoyen, employé, voisin, voire parent, dit Goffman. Les intermédiaires au contraire sont des spécialistes, experts dans l'art de s'occuper des situations difficiles, et leur profession leur permet de conserver une certaine distance face à ceux dont ils s'occupent. Mais revenons à la médiation que ces rôles jouent entre malade et institutions. Goffman fait remarquer que les sentiments du malade seront influencés de façon différente selon que les rôles de plaignant et de proche parent sont joués par la même personne ou non. Souvent, « une entente préalable » entre accompagnateur et spécialiste joue contre le malade jusqu'au sentiment d'être le tiers exclu face à une coalition. Goffman montre ainsi le poids du rôle d'un tiers dans le début d'une « carrière morale ». Ce poids contribue à rapprocher les personnes et les institutions.

Quittons les institutions totales pour rappeler que, dans la perspective interactionniste, on attribue un rôle fondamental à la temporalité dans les trajectoires des acteurs. En effet, on envisage les phénomènes analysés comme des processus dont on analyse les temporalités. Apparaissent ainsi des séquences et un fil temporel qui distinguent des étapes, des moments, des phases. D'autres travaux, à travers les notions de trajectoire de maladie et de carrière, se sont orientés vers les pratiques d'accueil et de soins des malades en mobilisant les méthodes de l'observation et de l'entretien à l'endroit où ces pratiques avaient lieu : les institutions et le domicile familial notamment. Ainsi, ces deux notions permettent à la sociologie de la santé de

mener des travaux innovants. La trajectoire du malade, pivot de ces études, est continuellement négociée par tous les acteurs, même par ceux considérés comme périphériques à la relation médicale : proches, agents de l'institution, etc. À partir des travaux de Hughes sur les professions et les institutions, la notion de carrière devient une notion transversale débordant les études sur la médecine et sur la santé<sup>19</sup>. Il ne limite pas cette notion au seul domaine du travail mais il l'élargit aux carrières religieuses, politiques, philanthropiques. Howard S. Becker aussi utilise cette notion pour son analyse de la déviance. La sociologie a ainsi pu étendre ses intérêts à des populations et à des activités qui n'avaient pas encore été étudiées.

Dans une étude sur les formes de délégation permettant de s'en remettre à un spécialiste, on ne peut pas se contenter de choisir un demandeur et de suivre sa trajectoire : il faut comprendre comment elle est négociée (par quels pouvoirs et par quels moyens), et quels objets on délègue. S'il s'agit de délégation de soins, la notion de trajectoire permet de saisir la multiplicité des rôles et des statuts, des échelles micro-macro, et d'éviter les catégories sociales figées. De ce point de vue, on peut penser la délégation également comme une action collective car les acteurs peuvent traverser la multiplicité des places sociales et « se faire tour à tour parents, habitants, clients, usagers, patients, administrés, électeurs, consommateurs, ou encore hommes ou femmes, pères et mères, célibataires ou transgenres, entrepreneurs ou travailleurs... »<sup>20</sup>.

## **1.2 Des spécialistes**

### **1.2.1 Des spécialistes d'hier : lorsque s'en remettre à un spécialiste du mental n'avait rien de médical**

L'acte de « s'en remettre à un spécialiste » n'a pas lieu dans le vide et hors du temps. Les types d'institutions où cet acte s'est produit et se produit, articulent la chronologie des façons de l'organiser et de l'accueillir. Elles ont inévitablement participé à son déroulement et

---

<sup>19</sup> Contrairement à la place qu'il recouvre dans la sociologie française, Everett C. Hughes est un auteur « quasiment méconnu » en Italie. C'est Marco Santoro qui, en 2010, dans l'introduction à la traduction italienne de *The sociological eye*, présente au public italien sa carrière et sa contribution à la pensée sociologique (*in* Hughes, 2010 : 7).

<sup>20</sup> Francis Chateauraynaud (2011 : 43) cite, à ce propos, Daniel Cefaï. Sur mobilisation et associations de patients, voir Akrich, Méadel, Rabeharisona (2009).

au partage de ses significations collectives<sup>21</sup>. Lorsque s'adresser à un expert du mental c'était frapper à la porte d'une institution visant à l'internement, par exemple, les relations entre demandeur, spécialistes et bénéficiaires prenaient des formes pertinentes aux fins de cette institution. Pendant « le grand renfermement »<sup>22</sup> par exemple, lettres de cachet et mesures d'emprisonnement permettaient aux pouvoirs politiques français de mandater ces institutions à intervenir auprès d'individus considérés dérangeants pour l'ordre public. Des vastes maisons d'internement ont été créées au XVIIe siècle en France et les fous, pendant un siècle et demi, ont été traités sous ce régime d'internement. C'est entre ces murs, que Pinel et la psychiatrie du XIXe siècle rencontrent les fous, et c'est depuis le XVIIe siècle, que la folie a été liée à cette terre d'internement comme un lieu naturel. Le repère dans cette trajectoire, c'est 1656, l'année du décret de fondation de l'Hôpital général. À Paris, divers établissements qui existent déjà, comme la Salpêtrière et Bicêtre, seront groupés sous une administration unique. Au début, il n'existe pas de critère spécial de sélection à l'entrée : sauf d'être pauvre. L'Édit de 1656, cité par Foucault, prévoit en effet que ces structures s'adressent aux pauvres de Paris « de tous sexes, lieux et âges, de quelques qualité et naissance, et en quelque état qu'ils puissent être, valides ou invalides, malades ou convalescents, curables ou incurables » (p. 60). Et les raisons de leur arrivée à l'hôpital ne pèsent pas non plus sur leur mandat ; il s'agit en effet « d'accueillir, de loger, de nourrir ceux qui se présentent d'eux-mêmes, ou ceux qui y sont envoyés d'autorité royale ou judiciaire ». Un fait sûr et certain c'est que l'hôpital n'est pas un établissement médical. C'est plutôt un étrange pouvoir, entre la police et la justice, « le tiers ordre de la répression » (p. 61) qui, par la volonté du Roi et après plusieurs projets d'origine parlementaire, s'étendra bientôt sur tout le territoire de la France. Les aliénés que Pinel a trouvés à Bicêtre et à la Salpêtrière appartenaient à ce pouvoir. Il s'articule selon deux variantes : l'assistance et la répression, et les conséquences de l'admission à ces singulières institutions sont cohérentes avec ces pouvoirs. Tenue par des ordres religieux, l'assistance coïncide à une vie conventuelle, organisée selon les lectures, les prières et les méditations. Mais on retrouve aussi des cellules de détention où enfermer des pensionnaires pour lesquels le Roi ou la famille payent pension : « On ne recevra qui que ce soit et sous quelque prétexte que ce puisse être dans les maisons de force des religieux de la Charité que ceux qui seront conduits par ordre du Roi ou de Justice. » (p. 63-64). Afin de mieux accomplir

---

<sup>21</sup> Pour la sociologie des problèmes publics ce sont les « agences de référence » (*referral agencies*), c'est-à-dire « les institutions et les professions vers lesquelles les gens se tournent quand il s'agit de prendre en charge les "problèmes publics" » (Cefaï et Terzi, 2012 : 115).

<sup>22</sup> « Le grand renfermement » est l'un des chapitres de l'histoire de la folie à l'âge classique de Foucault. Nous suivons ici ce chapitre.

ces pouvoirs, ces établissements s'établissent dans les murs des anciennes léproseries, héritent des vieux privilèges de l'Église dans l'assistance aux pauvres, perçoivent les donations du Roi et du Trésor.

Mais l'internement est également, pour Foucault, l'une des réponses aux problèmes d'une crise économique qui affecte le monde occidental de l'époque : baisse de salaires, chômage, raréfaction de la monnaie. Ces maisons serviront ainsi à « parquer les chômeurs, les sans-travail, et les vagabonds ». Il ne s'agit plus d'enfermer seulement mais de donner du travail à ceux qu'on a enfermés et les faire servir à la prospérité de tous. Pour soutenir cette hypothèse, Foucault rappelle que les premières maisons d'internement apparaissent en Angleterre aux points les plus industrialisés. C'est ainsi que l'enfermement a à la fois un sens économique et moral car, d'un côté, il visait à résorber le chômage et à contrôler les tarifs, de l'autre, à organiser l'hospitalité de la misère.

Ce processus ne concerne pas que la France du XVII<sup>e</sup> siècle : bien avant, ces relations ont été envisagées, préparées, gouvernées et empreintes de significations sociales non afférentes au monde de la médecine. Lisa Roscioni, historienne italienne, résume ces pratiques sous l'expression « gouvernement de la folie » dans son ouvrage *Il governo della follia* (2003). En s'appuyant sur plusieurs travaux historiques et sur le dépouillement d'archives italiennes, Roscioni ne nous livre pas seulement une chronologie de l'émergence en Europe et ailleurs de ces institutions depuis le XVI<sup>e</sup> siècle. Elle mène une étude sur les manières d'atteindre les publics de ces institutions. Il est bien connu, il faut le répéter, que cette histoire ne commence pas avec la médecine, les spécialistes du mental ou les lettres de cachet du Roi de France. Bien avant, au moins à partir du XIII<sup>e</sup> siècle, c'est par « délégation religieuse » que les congrégations ont travaillé afin de ramasser les fous et les pauvres. Puisque ces catégories sociales renvoyaient à l'image du Christ souffrant (renvoi établi par lui-même dans les Évangiles), cela explique la connotation religieuse de cette délégation. Il ne s'agit pas, ici, bien entendu, de faire l'histoire des institutions psychiatriques. Évoquer l'aspect religieux comme première forme de délégation qui a permis d'approcher le mental troublé, permet de rappeler que ce type d'argument fait encore partie de certaines cultures d'acteurs de la santé mentale. Du moins en Italie, l'association entre santé mentale et religion catholique ne concerne pas seulement le passé mais aussi le présent<sup>23</sup>.

---

<sup>23</sup> À titre d'exemple, on peut citer l'association italienne *Cristiani per servire* (Chrétiens pour servir), très active en faveur de la défense des droits des patients. En la personne de son fondateur, M. Franco Previte, l'association

Indubitable est, par exemple, la matrice religieuse et caritative des premières maisons d'internement des fous, comme l'hôpital *Santa Maria della Pietà* de Rome, fondé autour de 1548. Les fondateurs, trois espagnols, faisaient en effet partie de la Compagnie de Jésus et l'un d'eux venait du diocèse de Séville où, en 1436, avait été fondé l'hôpital *Casa de los Inocentes*, déjà connu par la communauté espagnole de Rome (Roscioni, 2003 : 19-45). Mais le critère pour accueillir un fou ne se résume pas à la pauvreté qui renvoie à l'image du Christ ; cette délégation ne vise pas exclusivement à l'accueil et la piété. Il s'agit d'éloigner de la rue et des lieux publics celui qui provoque dégoût et horreur et qui dérange le regard. Il est ainsi question de protection et d'enfermement.

Après plusieurs visites apostoliques, l'hôpital romain oblige, à cause de sa gestion difficile, l'ouverture à des laïcs dans son administration<sup>24</sup>. Cette ouverture change les règles d'internement des fous. La condition nécessaire pour l'être ne se résumait pas seulement à la pauvreté, il fallait que la personne puisse payer « les aliments ». Ainsi la folie est perçue différemment car elle ne coïncide pas forcément à l'état de pauvreté : l'être fou consistait à dire des choses déraisonnables et à « sembler bête ». Mais cela ne suffisait pas à l'internement : on visait les gens et ceux qui ne pouvaient être ailleurs sans déranger autrui, il fallait ainsi éloigner de la voie publique les vagabonds dangereux (Roscioni, 2003 : 53). L'hôpital romain et ses *Regole* du 1635 seront suivis comme des exemples pour la fondation de *Pia Casa di Santa Dorotea dei Pazzereelli* de Florence, en 1643. Mais l'assistance dans le reste du pays était extrêmement variée au cours du XVIIe siècle : instituts spécialisés, services dans les hôpitaux pour les incurables, prisons et maisons de réclusions. Elle n'acquerra une visée médicale qu'au cours de XVIIIe siècle.

### **1.2.2 Qui fait appel au médecin (ou non) ? Concevoir des demandeurs, définir un public**

Classiquement, en médecine, la place du spécialiste est attribuée à la figure du médecin qui accueille une délégation concernant quelqu'un ou des entités à soigner. Il lui est demandé d'intervenir sur le bénéficiaire – un enfant, un patient non consentant, une

---

dépense régulièrement, parmi d'autres actions, plusieurs pétitions au Parlement Italien. Sur l'origine de la construction des hôpitaux psychiatriques au sud d'Italie, on peut renvoyer à la figure de Don Pasquale Uva.

<sup>24</sup> À la tête de l'hôpital il y avait un prélat. De plus, huit « gentilshommes » étaient nommés pour gérer des affaires au quotidien : un prêtre, un avocat, celui qui s'occupait des œuvres de maçonnerie, un comptable, quelqu'un pour les vestiaires et les meubles, un percepteur, la prieure des femmes et un médecin (« *un medico ordinario salariato* ») (Roscioni, 2003 : 54).

population, le demandeur lui-même, etc. – et sur l'entité déléguée – un organe, un dysfonctionnement physiologique, une lésion, un comportement, des symptômes. Mais sa place n'est pas du tout « passive » dans cette relation : on n'intervient pas à la suite d'une délégation de n'importe qui et dans n'importe quelle condition. Selon les professions et leurs modèles d'intervention, une délégation peut donner lieu à une intervention ou tomber dans l'oubli, le rôle du demandeur peut être considéré important ou nul pour le déroulement du changement souhaité, le professionnel peut légitimer ou pas un demandeur en vue de traiter un bénéficiaire de ces services. D'un point de vue pragmatique, il s'agit, pour les professionnels, de contribuer à la constitution de leurs publics et des problèmes de ceux-ci (Dewey, 2010 ; Cefaï et Terzi, 2012).

La clinique médicale, on l'a dit, s'attend à ce que le demandeur corresponde au bénéficiaire. Cette contrainte prévoit que celui qui constate que quelque chose ne va pas et celui qui doit bénéficier de l'expertise du spécialiste, soient la même personne. Ainsi la médecine résume son public aux patients. Ce point est tellement considéré comme un acquis pour les médecins qu'ils oublient que leur savoir ne dépend pas du statut de patient mais des actions que les personnes mettent en acte avant de le devenir, comme par exemple frapper à leur porte. C'est du moins ce que, dans *Le Normal et le Pathologique* George Canguilhem rappelle aux médecins. Il résume le demandeur-patient à la figure de celui qui frappe à la porte du médecin. Par cette définition, à la fois claire et très heuristique, le philosophe français remet en question la façon de l'époque de comprendre la maladie en la dérivant de l'étude des fonctions normales. Dans le chapitre consacré à la relation entre physiologie et pathologie, l'enseignement de la médecine, dit-il, commence justement par l'anatomie et la physiologie de l'homme normal, à partir desquelles on peut déduire, en admettant certaines analogies mécaniques, les raisons de certains états pathologiques. Sa critique vise toutefois à montrer que c'est l'anormal qui suscite l'intérêt théorique pour le normal :

C'est d'abord le malade qui a constaté un jour que « quelque chose n'allait pas », il a remarqué certaines modifications surprenantes ou douloureuses de la structure morphologique ou du comportement. Il a attiré sur elles, à tort ou à raison, l'attention du médecin. Celui-ci, alerté par le malade, a procédé à l'exploration méthodique des symptômes patents et plus encore des symptômes latents. (2009 : 139)

Dans ce sens, la connaissance même des pathologies ne serait possible qu'à la suite et grâce à l'action de « s'en remettre à un spécialiste ». Mais cette association n'a pas été au

premier plan dans la pensée médicale. Bien au contraire, selon Canguilhem, elle a été oubliée :

Or il y a un oubli professionnel [...] qui doit être révélé. Le médecin a tendance à oublier que ce sont les malades qui appellent le médecin. [...] Cet oubli une fois réparé, on est conduit à penser que c'est l'expérience d'un obstacle, vécue d'abord par un homme concret, sous forme de maladie, qui a suscité la pathologie, sous ses deux aspects, de sémiologie clinique et d'interprétation physiologique des symptômes. (p. 139)

Mais si d'un côté, Canguilhem attribue un rôle primordial au patient dans la délégation de soins car « l'appel au médecin vient du malade » (p. 153), de l'autre, il exclut certains malades de ce rôle. Dans une note de bas de page, il livre cet énoncé : « il est bien entendu qu'il ne s'agit pas ici de maladies mentales, où la méconnaissance par les malades de leur état constitue souvent un aspect essentiel de la maladie » (p. 153). L'appel au médecin ne viendrait donc pas du malade mental car il n'a pas conscience de son état. En effet, l'une des conséquences de certaines schizophrénies et psychoses, à certains moments de leurs évolutions, est sûrement la déformation de la catégorisation du réel et de l'expérience (Jaspers, 2000). Il va de soi que « s'en remettre à un spécialiste », médecin ou non, présuppose une discrimination, même approximative, entre soi et le spécialiste, entre une chose qui fait problème pour soi-même et pour des autres, entre un état de plaisir et un état de dérangement, entre plusieurs types de spécialistes pour savoir lequel il faut mobiliser. Savoir discriminer ces éléments signifie respecter des visions partagées de la réalité, même celles qui règlent la médecine et le rapport à sa clientèle : dans la plupart des cas, ce sont les patients, conscients d'un problème de santé, qui vont chez les médecins. Ainsi, de ce point de vue, la remarque de Canguilhem, ne pose pas de problèmes. Les considérations qui suivent s'appuient plutôt sur l'exclusion opérée par la formule suivante : « il est bien entendu qu'il ne s'agit pas ici ». La première concerne l'association de l'argument de ne pas faire appel au médecin et celui de la méconnaissance d'un état de maladie. Comme ces deux éléments sont souvent associés dans une relation de causalité qui formule une explication, on considère que c'est la conscience de la maladie qui joue le rôle de cause dans l'appel à un médecin. Mais on peut, tout de même, prendre en compte les conséquences de cet acte dans la genèse ou dans l'inhibition de celui-ci<sup>25</sup>. Cela, pour ne pas trop abuser d'explications causales qui puisent

---

<sup>25</sup> Le mot conséquence a été utilisé jusqu'ici, d'une façon courante. Mais dans une perspective pragmatique la prise en considération des conséquences est à l'origine même des publics. « Un public se constitue quand des personnes perçoivent qu'elles sont indirectement affectées par les conséquences de transactions dans lesquelles elles ne sont pas impliquées et qu'elles s'efforcent de contrôler. » (Cefaï et Terzi, 2012 : 35) (Dewey, 2010)

dans l'argument de la folie des gens. À ce propos, la sociologie de la déviance peut aider à formuler d'autres explications pour des objets considérés irrationnels ou pathologiques. Pour ces objets, il est toujours bon de rappeler la proposition que fait Becker de prendre au sérieux toute explication du type : « ils doivent être fous » et d'en chercher le sens :

à chaque fois que nous découvrons quelque chose qui nous semble si étrange et si incompréhensible que la seule explication que nous puissions en donner est une version quelconque de « ils doivent être fous », nous devrions systématiquement suspecter que nous manquons grandement de connaissances sur le comportement que nous étudions. Il vaut mieux supposer que tout cela a un sens et en rechercher la signification. (Becker, 2002 : 62)

La prise en compte des conséquences de l'action de « s'en remettre à un spécialiste », permet-elle d'éviter d'utiliser l'argument de la folie pour expliquer différemment l'exclusion opérée par Canguilhem ? Considérons les conséquences de cette action dans le contexte français de 1943, année où Canguilhem écrit sa thèse en médecine. Si ces conséquences comportaient *stricto sensu* l'enfermement, la perte de tous les droits et de toute relation sociale, comment des gens auraient-ils pu envisager d'accomplir cet acte de leur propre gré ? Hier, et aujourd'hui d'ailleurs, qui s'adresserait à un médecin en sachant qu'ainsi faisant, il va se faire interner ? Certes, on ne peut pas affirmer catégoriquement que les malades mentaux étaient conscients des conséquences de l'appel aux psychiatres de l'époque. Mais on ne peut pas l'exclure non plus car, en 1943, l'asile psychiatrique et les lieux de rétention étaient des institutions que toute la société française connaissait depuis au moins la Révolution Française – même ceux qui allaient être considérés un jour comme de « bons candidats » à l'enfermement.

La deuxième considération concerne, plus généralement, le recours aux spécialistes « du mental ». Si, comme nous l'avons vu plus haut, Canguilhem exclut le malade mental du recours au médecin, qui frappait à la porte du psychiatre de l'époque ? Il rappelle que « la clinique ne se sépare jamais de la thérapeutique » (p. 153), que le médecin n'est donc pas tout seul ni avec ses cadavres ni avec ses patients dans la construction de son savoir et de sa pratique. On sait, à partir de plusieurs travaux sociologiques et d'histoire de la folie (Foucault, 1972 ; Castel, 1981 ; Farge et Foucault, 1982 ; Goldstein, 1997), que les psychiatres français de l'époque asilaire n'étaient pas tout seuls non plus avec les aliénés, qu'entre les malades et les asiles il y a toujours eu des dispositifs et d'autres acteurs capables de les faire « se



rapprocher »<sup>26</sup>. Comment expliquer autrement la population des asiles ? Les façons de faire ce rapprochement sont bien connues : elles étaient fabriquées en société, dans les tribunaux, dans le cabinet du Roi, dans les maisons des gens. Pourquoi alors ne pas inclure dans cette histoire ceux qui faisaient appel aux psychiatres et qui n'étaient pas malades ? Il n'est pas nécessaire d'évoquer des théories psychanalytiques ou des théories sur le racisme pour savoir qu'il a toujours été beaucoup plus facile de voir la bizarrerie chez les autres que chez soi-même. Pour étudier comment on fait appel à une institution « de santé mentale », il faut alors considérer comment les sociétés ont organisé, et continuent d'organiser, cet appel par des dispositifs variés, au lieu de fermer la question en disant que les malades mentaux ne font pas appel aux psychiatres. Les lettres de cachet telles qu'on les aperçoit au XVI<sup>e</sup> siècle en France, par exemple, permettaient d'exécuter la volonté personnelle et immédiate du souverain dans une affaire. Parmi les demandeurs de ces dispositifs qui pouvaient être accordés ou refusés, on retrouve les familles souhaitant intervenir sur les formes de déviance d'un de leurs membres. L'objectif était d'éviter « à tout prix le scandale et le déshonneur, prévenir d'éventuels crimes, voire en ôter la répression aux tribunaux réguliers » (Quétel, 1981 : 134). Et parmi les motifs à la base de ces demandes on retrouve la folie, elle « constitue en effet un contingent important allant du cinquième au quart des motifs connus. En Provence, ce sont ces mêmes motifs qui figurent le plus souvent : libertinage, inconduite, folie, violence... ». Et dans un document sur l'état des prisonniers dans l'ensemble des maisons de force du royaume français à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle on retrouve : « la folie en tête avec 34 % des motifs connus, puis le libertinage, l'inconduite, la violence... » (Quétel, 1981 : 135)<sup>27</sup>. Ce dispositif était une des manières collectivement organisées de déléguer des gens à des institutions, des façons de fabriquer des délégations qui, à l'époque, étaient de type sécuritaire<sup>28</sup>. Les sociétés se sont toujours organisées collectivement sur la façon de traiter les fous et elles se sont toujours bien gardées de laisser l'affaire dans les mains de deux individus : le patient et le médecin. Qu'en est-il aujourd'hui des dispositifs qui permettent cette organisation ? Pour une étude

<sup>26</sup> Et les psychiatres d'autres pays et dans d'autres périodes historiques non plus. Voir, à ce propos, l'envoi des patients dans les hôpitaux « *de pazzerelli* » en Italie, in Roscioni (2003).

<sup>27</sup> Pour Foucault, ces lettres étaient même l'instrument principal du « grand renfermement » des fous entre 1600 et le 1700 et c'est à partir de leur suppression qu'a commencé le débat en France sur l'institution des asiles. Sur les lettres de cachet, voir Quétel (1981), en particulier le chapitre *Enfermer les fous* (p.161-169) ; Farge et Foucault (1982), Piasenza (1990), Farge in Ariès, Duby et Chartier (1999).

<sup>28</sup> C'est à partir de la circulaire de 1785, *l'Instruction sur la manière de gouverner les insensés et de travailler à leur guérison dans les Asiles qui leur sont destinés* que l'administration centrale française et les intendants se montrent plus vigilants sur l'usage des lettres de cachet. Ils ne laissent plus les familles obtenir trop facilement une lettre de cachet pour faire enfermer un proche. Dans ce texte on rappelle en effet que le devoir des familles est de traiter le malade à domicile aussi longtemps qu'il sera possible. L'abolition définitive de ce dispositif a été votée par l'Assemblée Constituante les 13 et 16 mars 1790 (Quétel, 1981 : 220).

approfondie de comment on s'adresse à un expert en santé mentale, il est nécessaire de prendre en compte une dynamique triangulaire dans laquelle des pouvoirs permettent, selon plusieurs parcours, cette délégation. Ce type de dynamique est beaucoup plus nécessaire dans l'économie de cette action si l'on considère que les conséquences de cet acte ont signifié, pour la plupart des cas, interner quelqu'un jusqu'aux années 1960 environ. Lorsqu'on ne veut pas faire « du sale boulot » on le délègue à quelqu'un d'autre<sup>29</sup>.

La troisième question concerne les conséquences cognitives lorsqu'on utilise un argument tel que celui de la non-conscience d'un état de maladie dans l'analyse du recours aux soins. On peut très bien envisager que, une fois repérées (même si on ne sait pas comment) des personnes qui souffrent de troubles mentaux ne sont pas conscientes de leur maladie à vie. Il sera, donc, inutile dans ce modèle cognitif de s'attendre à ce qu'elles frappent à la porte du médecin. Mais ce n'est pas parce que la conscience de maladie n'existe pas qu'il n'y a pas, on l'a dit, d'autres médiateurs dans ce processus. Ce n'est pas parce que les malades ne vont pas chez les psychiatres que la question disparaît. Au contraire, dans cet argument la question des médiateurs entre patients et spécialistes du mental reste invisible. Prenons des exemples : combien de parents alertent des spécialistes et essayent de les inciter à intervenir sur un proche qui ne souhaite pas sortir de chez lui ? Combien d'établissements scolaires s'adressent à des services de santé mentale au sujet d'un élève qu'ils estiment relever d'une intervention « de santé mentale » ? Combien de spécialistes, eux-mêmes, délèguent leurs patients à des confrères « du mental » ? On ne peut pas le savoir, mais ce n'est pas parce qu'un chiffrage n'est pas prévu dans un système social que ces questions n'existent pas. Quoi qu'il en soit, l'exemple avancé par Canguilhem montre comment, pour la pensée médicale, il est aisé de fabriquer des exclusions à partir de l'argument de la folie. Si l'on suit cette exclusion, on n'envisagera jamais un patient comme un chaînon d'un réseau de délégation d'une expertise psychiatrique. Il sera, de cette façon, cognitivement compliqué de le considérer comme un acteur, parmi d'autres, d'un recours aux soins, conçu comme une action collectivement façonnée avec d'autres médiateurs. Lorsqu'il s'agit de s'interroger sur le fait de voir qui frappe à la porte d'un psychiatre, l'argument de la méconnaissance de l'état de maladie pourrait apparaître, du point de vue de la sociologie des sciences, comme une

---

<sup>29</sup> Délégation et « sale boulot » vont, parfois, ensemble. Ils permettent aussi l'émergence de nouvelles professions. Voir à ce propos, « le sale boulot délégué » à partir de l'exemple de l'histoire de la catégorie d'aide-soignante en France (Arborio, 2009).

explication dissymétrique<sup>30</sup>. Au lieu de justifier ou d'expliquer un non recours par la méconnaissance d'un état de maladie, il faudrait prendre en compte tous les acteurs qui pèsent dans la délégation de soins, tant ceux qui relèvent du monde de la « nature » que ceux qui appartiennent à celui de la « culture ».

### **1.2.3 Un spécialiste (parmi d'autres) de la santé mentale : la profession de psychiatre**

Si les spécialistes du monde médical conçoivent, sélectionnent, définissent leur public, c'est parce qu'ils travaillent à la constitution et au maintien de leur autonomie professionnelle. La longue tradition de la sociologie de l'expertise et des professions (Parsons, 1955 ; Freidson, 1984 ; Abbott, 1988) a considéré primordiale l'autorité des médecins face aux patients. En général, l'étude des professions menée aux États-Unis à partir des années 1950 et jusqu'aux années 1980, a déplacé le regard sur la genèse d'une profession, sur son autonomie, sur les conflits avec d'autres professions afin d'obtenir crédibilité, légitimité et exclusivité pour traiter une clientèle. Selon Francis Chateauraynaud (2011), ces travaux ont contribué

à généraliser la notion d'« expert », conçu à la fois via l'organisation de savoirs professionnels et par opposition aux « profanes », traités comme des « clients » ou comme des « usagers ». Pour la sociologie de la deuxième moitié du XXe siècle, le professionnel et l'expert tendent ainsi à désigner le même genre de personnage. » (p. 215)

Mais cette conception va s'élargir avec la montée de la critique du monopole de l'expertise tant en matière sanitaire qu'environnementale. Selon l'auteur, la conséquence principale de cet éclatement pour les sciences sociales, c'est le déplacement du regard du statut social des experts à la production des expertises. Ce déplacement met l'accent plus sur l'activité que sur le statut et sur les compétences nécessaires pour faire face à la multiplication des objets de controverse qui traversent l'espace public. Howard S. Becker, dans la préface de l'ouvrage collectif dirigé par les sociologues français Didier Demazière et Charles Gadea (2009), s'interroge sur les types de problèmes et de questions liés à l'émergence de collectifs d'experts, les groupes professionnels. Certains travaux, se sont penchés sur « le statut, le

---

<sup>30</sup> Le premier principe de symétrie, issu du « programme fort » à l'université d'Édimbourg dans les années 1970 et énoncé par le sociologue David Bloor, bouleversa les études sur les sciences et les techniques. Il exige que l'on traite dans les mêmes termes, c'est-à-dire de manière symétrique, les théories scientifiques qu'elles soient « vraies » ou « fausses » ; et il faut utiliser les mêmes critères pour expliquer tant la science que la société. Voir à ce propos : Busino (2001) et Bucchi (2002). Bruno Latour propose un parallèle fort intéressant entre Bloor et Canguilhem. En définissant Bloor comme l'anti-Canguilhem, il explique que « le premier principe de symétrie propose une cure d'amaigrissement sur les explications. Il était devenu si facile de rendre compte de l'erreur ! La société, les croyances, l'idéologie, les symboles, l'inconscient, la folie, tout s'offrait si facilement que les explications en devenaient obèses » (Latour, 1991 : 127).

prestige, la réputation » pour savoir si le travail d'un certain groupe professionnel est estimable, noble et mérite, pour ces raisons, une autonomie et un respect particulier. Pour d'autres, dit-il, l'autonomie est la question centrale : il s'agit alors de savoir qui a le droit de décider si un travail est bien fait : le travailleur ? une autorité externe, ou dans certains cas, le client ? Si, comme pour Parsons et d'autres, les groupes professionnels incarnent les valeurs de la société occidentale, Becker suggère que, dans ce cas, la question est de savoir comment ces valeurs sont mises en œuvre dans une situation donnée. Mais un critère irréductible se cache, selon lui, dans toute discussion sur ce qu'est une profession : pour mériter le statut de profession, il faut pouvoir exhiber les mêmes attributs que les milieux juridiques et médicaux<sup>31</sup>. Ce qui est au cœur de la prétention à être un professionnel, c'est l'autonomie.

Les membres d'une profession ont réussi à se faire reconnaître comme les seuls dont les connaissances et l'expérience permettent de décider ce qu'il faut faire dans une situation donnée, et de juger, en fin de compte, si ce qui a été fait a été bien fait. L'autonomie est l'enjeu principal de toute discussion concernant le professionnalisme. (p. 11)

Mais c'est à la suite d'un exemple sur l'hôpital où spécialistes techniques, personnels auxiliaires et médecins se partagent le travail non sans conflits que Becker introduit un élément central pour un travail sur la délégation de soins : la question du professionnalisme rejoint la question de la politique des organisations. À ce propos, dit-il :

Puisqu'il s'agit de questions politiques, qui concernent la distribution et l'exercice du pouvoir, le statut de professionnel est toujours soit en devenir, au centre d'un conflit avec d'autres, soit le résultat d'un conflit ayant trouvé une solution provisoire<sup>32</sup>. (p. 11)

En conséquence, si l'on se pose la question des spécialistes, il ne s'agit pas de considérer des recoupements figés dans la société ou prédéfinis selon les critères choisis par le chercheur. Au contraire, on peut laisser « la porte ouverte » à tous les acteurs qui contribuent d'une façon ou d'une autre à cette place dans l'économie plus générale des dynamiques de délégation. Becker fait cette suggestion à tous ceux qui se proposent d'étudier des professions. Il n'est pas suffisant, dit-il, de considérer le haut et le bas de la hiérarchie d'une organisation pour préparer la liste des groupes de travailleurs à étudier. Les acteurs pertinents

---

<sup>31</sup> Cela expliquerait que la plupart des recherches sur les professions se sont centrées sur la médecine, le droit ou sur des professions « émergentes » proches.

<sup>32</sup> Le problème de la naissance d'une profession ainsi ne peut s'écarter de celui de la mort d'une autre. Voir à ce propos comment, en France, le développement de la profession médicale a « tué » les herboristes et les officiers de santé (Gadéa et Grelon, 2009).

pour la recherche peuvent ne pas être des participants à plein temps dans l'organisation du travail. Quels acteurs Becker évoque-t-il ? L'homme de la rue, les clients ou de destinataires du service, comme par exemple de parents d'élèves qui ont des idées bien arrêtées sur ce qu'un enseignant doit enseigner et comment.

Ou bien des représentants d'organismes gouvernementaux, ayant la capacité de légiférer et réguler les activités d'une profession ou sollicités à l'occasion pour évaluer et juger ses activités, comme dans le cas des comptables qui révisent les comptes arrêtés par d'autres comptables employés par les grandes entreprises. (p. 11-12).

D'autres questions concernent la division du travail, les connaissances nécessaires à la satisfaction, acquisition des compétences, etc. Le dernier point soulevé par Becker, concerne le conflit en général et les conflits sur l'autonomie professionnelle. Il suggère d'aborder, au cours d'un conflit, la rhétorique mobilisée, les arguments développés, les justifications, la culture nationale, les législations, les institutions.

Si on déplace le regard sur l'histoire de la profession de psychiatre, on peut retrouver les considérations sur les conflits et l'autonomie professionnelle de Becker, dans l'analyse de Jan Goldstein (1997) sur la naissance de cette nouvelle spécialité médicale en France et Europe. Le titre, *Consoler et Classifier*, annonce les deux pôles conflictuels auxquels cette nouvelle profession a dû faire face : si le premier concerne les racines religieuses de premiers traitements psychiatriques, le second renvoie aux méthodes scientifiques du XVIII<sup>e</sup> siècle. Ainsi, son succès a été de donner une base scientifique à un traitement moral pratiqué par les ecclésiastiques et les concierges des hôpitaux. Un compte rendu par l'historien Guy Grenier sur l'ouvrage cité, souligne l'aspect du conflit dans le développement de la profession.

Goldstein montre par ailleurs que c'est à partir de ses conflits avec les autres disciplines qui jusque-là avaient en charge des malades mentaux que la psychiatrie a obtenu sa reconnaissance pleine et entière. Ainsi, l'anticléricalisme évident qui caractérisa le discours de la première génération d'aliénistes regroupée autour de Jean-Étienne Dominique Esquirol s'explique par la volonté de cette nouvelle profession de s'assurer un contrôle sur le traitement et l'administration de l'institution asilaire. Dans le même sens, l'introduction du concept de monomanie allait permettre aux aliénistes d'élargir le concept d'irresponsabilité au risque de provoquer de nombreuses frictions avec les juristes. (Grenier, 1998 : 237)

À propos de la question d'élargir l'étude d'une profession aux relations dans lesquelles elle est engagée, les analyses de Strauss (1992) s'inscrivent dans une perspective interactionniste conduisant à une critique du concept de « profession médicale ». En particulier, elles insistent sur les différences à l'intérieur même de la profession et relativisent

fortement l'autorité dont bénéficient les médecins face à leurs patients. « L'ordre est négocié », selon Strauss, au jour le jour entre les différents participants à la prise en charge. Le médecin n'a pas de position dominante. Les malades, et leurs familles en particulier, tiennent un rôle crucial et structurant sur la trajectoire de la maladie. La profession médicale est décrite comme une entité, ses institutions, sa politique de recrutement, son personnel, etc. En ce qui concerne la place reconnue à la clientèle dans l'échange avec les spécialités médicales ou les types d'institutions, Strauss cite William Caudill et Erving Goffman pour avoir décrit comment la culture des malades équivaut aux exigences et aux attentes des patients. Mais « la description, dit-il, doit être enrichie grâce à une conception selon laquelle les patients entrent, comme tout le monde, dans le processus global de négociation » (p. 103). Pour comprendre la structure de l'hôpital, Strauss définit les questions suivantes « d'une extrême importance » : « Comment des demandes et des réclamations s'expriment-elles et sont-elles reçues ? par qui ? et de quelle manière ? – qui, d'autre part, leur adresse à eux des demandes et des réclamations ? comment ? et de quelle manière ? » (p. 103)

### **1.3 Le bénéficiaire et l'objet de délégation**

#### **1.3.1 La délégation comme action langagière et coordonnée entre acteurs, objets et circonstances**

Après le demandeur et le spécialiste, une troisième figure doit être considérée : celle du bénéficiaire, c'est-à-dire l'acteur envers lequel le spécialiste est engagé s'il accepte la délégation. Cette place peut coïncider avec celle du demandeur ou, au contraire, peut être pourvue par un tiers. En santé mentale, les situations qu'on a présentées au début de ce chapitre sont un exemple du premier cas : les personnes demandent une intervention pour elles-mêmes. À tenir une position de chercheur « agnostique » auquel les classifications des maladies sont totalement étrangères, on peut banalement observer que c'est par la production d'énoncés renvoyant à des situations choisies, qu'a lieu une forme de délégation<sup>33</sup>. Il suffit d'imaginer le contraire pour estimer la portée de ces récits pour ce processus : sans la production de ces énoncés, l'écoute d'aucun spécialiste n'aurait pu être mobilisée, aucune intervention n'aurait pu être démarrée, aucun compte rendu n'aurait pu être rédigé dans un dossier clinique. Leur production marque ainsi un événement important de la trajectoire

---

<sup>33</sup> « L'énonciation est un acte d'envoi, de médiation, de délégation. C'est ce que dit son étymologie *ex-nuncius*, envoyer un messenger, un nonce. » Latour in Basso et Corrain (1999 : 72).

consistant à s'en remettre à un spécialiste de l'un de ces services<sup>34</sup>. Une des caractéristiques du recours à la santé mentale est, en effet, que les entités qui motivent l'échange professionnel, et qui donc peuvent devenir l'objet même d'intervention, ne peuvent être données pour acquises une fois pour toutes, comme si c'étaient des objets matériels : il faut illustrer, présenter, répéter, élucider, justifier ces entités par voie langagière et les locuteurs peuvent être multiples. De plus, à la différence de certaines spécialités médicales, les acteurs engagés ne peuvent pas partager un consensus définitif sur ces entités à partir de marqueurs biologiques. Sur ce point, atteindre un consensus qui amènerait patient et praticien à partager l'idée « qu'on travaille sur ça et en vue de le réduire », veut dire clore la justification d'une demande d'aide, comme par exemple sur des entités biologiques malades. Cette clôture est d'autant plus aisée lorsqu'on peut percevoir, de façon consensuelle entre les acteurs, la « partie malade »<sup>35</sup>. Dans ce cas, un questionnement qui engagerait les acteurs sur « pourquoi, sur quoi et sur qui intervenir » est remplacé par un questionnement approfondi sur l'entité à soigner, c'est-à-dire le processus du diagnostic<sup>36</sup>.

Dans le second cas, la place du bénéficiaire est tenue par un acteur, par exemple, non consentant à des soins proposés par un spécialiste. Cette place dépend de la relation entre demandeur et spécialiste : dans certains cas, elle est la condition *sine qua non* pour avoir un bénéficiaire. Dans certains cas, cette place est légitimée et institutionnalisée par une loi comme par exemple en France : l'État crédite le pouvoir de demander une hospitalisation à

---

<sup>34</sup> Peut-on étudier les trajectoires des énoncés au même titre que les trajectoires des personnes ? C'est cette question qui est travaillée, à partir de dossiers concernant des mobilisations collectives, dans le dernier ouvrage de Francis Chateauraynaud (2011). Mais la description de la production d'énoncés, le suivi de leurs traductions et déplacements, leurs conséquences sur la définition de réseaux sociotechniques sont des programmes de recherche que la sociologie des sciences et des techniques a développé depuis longtemps. En ce qui concerne ce travail, le « passage » dans des archives d'un *centro di salute mentale* italien, permet d'envisager que, comme pour les arguments d'une mobilisation collective, les énoncés produits dans les services de santé mentale « ne circulent pas seuls dans le ciel des représentations, suivre leur trajectoire suppose d'identifier les acteurs qui les créent, les portent, les contestent ou les modifient pour leur donner une portée maximale » (Chateauraynaud, 2011 : 85-86). C'est à partir d'eux que les praticiens peuvent établir des diagnostics, évaluer la « gravité » du cas, envisager de faire appel à d'autres spécialistes ou institutions, décider les actions à prendre, bref, démarrer une chaîne d'actions coordonnées jusqu'à celle d'envoyer des données aux institutions chargées de façonner des statistiques sur les activités de ces services.

<sup>35</sup> Les neurosciences travaillent pour représenter et délimiter « partie saine » et « partie malade » pour intervenir, bien entendu, sur celle-ci. Mais actuellement elles ne sont pas convoquées, sauf erreur de ma part, à une sélection de la demande dans les services de santé mentale.

<sup>36</sup> Les hallucinations auditives relèvent de la nature ou de la culture ? Voir, à ce propos, le commentaire de Baudouin Dupret sur une consultation psychiatrique (à partir d'un extrait du documentaire *Aliénations* du réalisateur Malek Bensmail). L'incongruité des affirmations (ou d'entités comme des hallucinations auditives) d'une patiente, est établie à partir d'un cadre de normalité comme celui de la croyance dans les djinns dans la culture musulmane : « L'analyse de cet extrait montre que l'investigation de (ce que sont) ces entités ne peut être que conceptuelle (et non physique). À ce titre, ces entités sont des éléments de jeux de langage s'insérant dans un cadre, une forme de vie. » Le cadre de normalité est ici présenté comme relatif à la religion et à la culture, c'est-à-dire comme spécifique au contexte local (Dupret, 2012).

quelqu'un de l'entourage d'une personne supposée nécessiter des soins sous contrainte. À cet acteur on attribue le terme de *tiers*. Mais cette attribution, se justifie dans un modèle du contrat médical car le tiers ne fait pas partie de la relation médecin-malade. Peut-être, que ce terme suggère une place périphérique, il est « à la place du patient », il est « délégué à demander », néanmoins il reste central dans le processus de la délégation car, sans lui et sa demande, aucune intervention ne sera légitimée. Pour la suite de ce travail, on parlera de bénéficiaire pour indiquer, plus en général, *celui qui bénéficie d'un service et qu'on essaie d'enrôler dans le statut d'usager d'un service public*.

La place du bénéficiaire ne se réduit pas au monde du non consentement. Aujourd'hui, par exemple, on crédite un pouvoir, dans ces relations, à la médecine générale car elle est chargée d'orienter et d'envoyer des personnes aux services spécialisés. Des personnes, qui n'auraient jamais imaginé d'adresser leurs plaintes ou de demander un suivi à des psychiatres ou à des psychologues, se retrouvent en consultation dans ces services par la médiation de la médecine générale. Ce sont donc les pouvoirs attribués à tous les acteurs d'un système de soins qui peuvent aider à comprendre par quels parcours le bénéficiaire arrive, d'une façon ou d'un autre, à « s'en remettre au spécialiste ». Lorsque le résultat de cette action se résumait à enfermer quelqu'un dans un lieu, par exemple, le pouvoir attribué à un dispositif comme la lettre de cachet (si elle était accordée) suffisait à mobiliser toute une série d'acteurs pour la réussite de l'opération. Mais les pouvoirs crédités de façon institutionnalisée à tel ou à tel acteur, n'expliquent pas tout ce processus. À ce propos, Goffman remarque le rôle de la « culture familiale »<sup>37</sup> avec laquelle les reclus arrivent à l'entrée d'une institution totalitaire, c'est-à-dire « un genre de vie et un ensemble d'activités jugées valables jusqu'au moment de l'admission » (1968 : 55). Certains reclus, dit-il, arrivent à l'institution de leur plein gré soit parce qu'ils pensent que cela leur sera bénéfique, soit parce qu'ils partagent les arguments d'un proche. Ces personnes découvrent d'elles-mêmes le vécu de la perte de contrôle de leur conduite et la perception de symptômes divers : entendre des voix, perdre la notion du temps ou de l'espace, avoir l'impression d'être suivi, par exemple. Pour eux, l'entrée à l'hôpital peut soulager car on n'est plus obligé de cacher ces nouvelles expériences mais au contraire, elles deviennent objet d'attention d'experts.

Quoi qu'il en soit, « toute intervention spécialisée suppose, par définition, que quelque chose soit déléguée au spécialiste » (Dodier, 2004 : 10). Cela est vrai tant pour un objet

---

<sup>37</sup> Une « culture importée » (*presenting culture*).



matériel comme, par exemple, un objet cassé et à réparer par un artisan ; tant pour un objet immatériel, comme des troubles, des vécus, des perceptions, qui ne se présente pas tout prêt au spécialiste pour un changement souhaité. À propos de la notion d'*objet*, on ne peut pas négliger que depuis les années 1980, les sciences humaines et sociales appréhendent les objets non plus seulement en tant qu'éléments passifs, mais aussi comme acteurs : les objets prennent dorénavant sens dans l'interaction avec des individus et des groupes<sup>38</sup>. On peut donc partir de l'idée que l'expérience de « s'en remettre à un spécialiste » est toujours accompagnée par des formes de partage d'objets tels que des ordonnances, des certificats médicaux, des médicaments, des textes. Ces « non-humains » étaient nécessaires également pour les traitements dans les asiles psychiatriques. L'historien belge Benoît Majerus (2011) rappelle, dans un récent article, que la baignoire, le lit et la porte « conditionnent beaucoup plus fortement la psychiatrie que ne le laisse apparaître une historiographie focalisée sur une analyse des écrits de psychiatres ». Dans son article, on peut saisir comment ces trois objets ont pu organiser la vie des hôpitaux psychiatriques.

Quels objets délègue-t-on dans l'action de « s'en remettre à un spécialiste » ? Des objets qui posent problèmes tout d'abord dans la culture du demandeur et, peut-être, ensuite, dans celle de celui qui accepte la délégation. La différence de culture entre demandeur, spécialiste et bénéficiaire explique les façons de nommer ce qui fait problème dans l'appel au spécialiste. La plupart des personnes s'adressant à la psychiatrie ne justifieront pas leur demande en invoquant la réduction de tel neurotransmetteur ou l'augmentation des niveaux de sérotonine pour rétablir son humeur. Sauf si le demandeur partage la culture du spécialiste comme, par exemple, un praticien. Dans tous les cas, ces entités sont autant biologiques que conceptuelles et, donc, elles peuvent déborder de la culture du spécialiste pour acquérir une « vie nouvelle » chez ceux qui ne partagent pas cette culture.

Sans évoquer toutes les différentes contraintes imposées aux acteurs d'un échange visant à produire et à acheter un *bien* ou à produire et à bénéficier d'un *service*, on peut rappeler que l'intervention en santé mentale ne peut que se dérouler au cours d'une *activité de service*. Cette activité, par définition, présuppose la coprésence du spécialiste et, au moins, d'un bénéficiaire de cette intervention. Cette condition n'est pas présupposée dans la production de biens. De plus, il n'est pas aisé de définir ce qui est délégué, si l'on ne tient pas

---

<sup>38</sup> Sur la place des objets dans les sciences sociales, il existe une littérature importante. Voir, à titre d'exemple, Conein, Dodier et Thévenot, (1993) et Latour (2001). En italien, on consultera Mattozzi (2006), Landowski et Marrone (2002).

compte des circonstances dans lesquelles se déroule cette action. Si l'on considère, par ailleurs, que les objets font partie de l'action au même titre que les personnes, on peut dire également qu'un objet est délégué au spécialiste de l'intervention et que cette délégation doit être coordonnée entre les acteurs engagés. On ne peut pas, en effet, réparer une voiture sans la confier au garagiste ; et faire une prise de sang suppose de ne pas bouger le bras intéressé. Sans ces deux conditions, l'intervention spécialisée ne peut pas avoir lieu. En conséquence, pouvoir déléguer quelque chose, ou mandater quelqu'un à faire quelque chose, présuppose de ne pas donner pour acquis le cadre institutionnel dans lequel cette action se déroule. Nous pouvons donner à quelqu'un le pouvoir d'acheter un billet de train à notre place, mais nous ne pouvons pas le faire pour renouveler un permis de séjour à la préfecture. La coordination entre les acteurs change en fonction des présupposés que les cadres institutionnels imposent à la réussite de la délégation et de l'intervention spécialisée. Entre ces deux situations opposées, on peut ajouter la troisième, évoquée plus en haut, qui prévoit la possibilité de déléguer quelqu'un légitimé par des procédures institutionnalisées. Dans ce cas, par exemple, nous pouvons donner à quelqu'un la possibilité de chercher une lettre recommandée à notre place mais non sans lui avoir signée une délégation écrite et lui avoir confié notre pièce d'identité. Ainsi, en étant une action coordonnée, la délégation présuppose des formes de coordination qui changent en fonction de plusieurs critères : la possibilité d'accomplir la délégation (oui/non), des niveaux d'information et de compétence nécessaires pour l'accomplir (pouvoir marcher, signer un papier, interagir), les objets qui permettent cette délégation (demandes écrites, documents attestant un lien entre celui qui délègue et le bénéficiaire ; finalités de la délégation (acheter un produit, accorder ou bénéficier un bien).

### **1.3.2 Le contrat médical est-il un modèle normatif pour la santé mentale ?**

Comme le rappelle Robert Castel (1976), l'asile a été conçu pour des individus – les aliénés – qui ne sauraient s'inscrire dans la logique du *contrat*. Dans cette logique, dit-il, repose l'édifice d'un nouvel ordre social qui s'est dégagé, en France, à la fin du XVIIIe siècle et qui a contribué au passage d'une société royale à une société contractuelle. On peut résumer, ici, trois points caractérisant cette logique : en intervenant dans le cadre des contrats pour les garantir, l'État garantit, en fait, la propriété privée et la « libre » circulation des hommes et des biens ; comme cette liberté est réglée par les lois, l'État peut assumer en même temps les tâches de surveillance et de police ; le « non-interventionnisme » des théoriciens libéraux vise à la ferme délimitation des situations où l'État peut et doit intervenir tant pour

faire respecter la liberté du citoyen que pour sanctionner toute transgression. Castel affirme que « tous les sujets de la république n'entrent pas sans problème dans ce cadre contractuel » ; le fou est parmi eux. Pour l'inscrire dans ce nouvel ordre social, il a fallu lui imposer un statut différent et complémentaire du statut contractuel qui régit tous les citoyens (p. 37-39). En effet, la transgression du fou doit être accompagnée d'une répression qui, au lendemain de l'abolition des lettres de cachet en 1790, ne peut que s'exercer, selon Castel, de manière masquée. Elle sera, ainsi, justifiée par la rationalisation thérapeutique réifiée par l'asile psychiatrique : « dans un système contractuel, la répression du fou va devoir se construire un fondement médical » (p. 41). Cette situation débouchera dans « une relation de tutelle », matrice de toute politique d'assistance, dans laquelle « Ou bien l'individu est sujet autonome en tant qu'il est capable de se livrer à des échanges rationnels. Ou bien son incapacité à entrer dans un système de réciprocité le déresponsabilise et il doit être assisté » (p. 50).

L'idée de contrat est au centre du droit médical français. Prenons, par exemple, une définition issue d'un traité de droit médical : « Le contrat médical est une convention entre un médecin, d'une part, un patient ou ses représentants, de l'autre, par laquelle le médecin accorde au patient, sur sa demande, des conseils et des soins de santé ». (p. 211). Les auteurs de ce traité, signalent que cette définition substitue le mot patient au mot malade « parce que le contrat médical n'implique pas nécessairement l'existence d'une maladie. Il peut regarder la prévention sanitaire ; il peut même concerner l'examen et le traitement d'un homme bien portant, à l'occasion de son comportement familial ou professionnel » (p. 21). Le contrat est personnel, met à la charge du médecin une obligation de soins et à la charge du malade une obligation de rémunérer ces soins, et n'est pas un contrat de résultat (car il n'engendre qu'une obligation de moyens). En outre, l'idée du contrat, repose sur le consentement du malade au contrat médical : il ne peut être touché qu'avec son consentement. Cette dernière règle est universellement reconnue, ce qui fait débat sont ses limites. Comme le caractère continu du consentement. Le fait d'adhérer à un contrat médical, par exemple, n'implique pas, selon les auteurs, une délégation totale et une attribution de pouvoir absolu au professionnel. L'idée qu'en adhérant au contrat le patient donne au médecin une sorte de « blanc-seing », où il renonce désormais à son libre arbitre, a été démentie (p. 224-225).

Le degré de délégation change d'autant plus si entre le médecin et le patient s'interpose un tiers comme une institution, et si dans cette institution, il n'y a pas que des médecins. C'est le cas auquel s'intéresse ce travail. La relation d'échange qui est proposée

dans les services de santé mentale est différente de celle qui s'instaure dans la relation d'exercice libéral ou celle prévue par le contrat médical. Deux exemples sur ce point. En ce qui concerne le paiement des soins délivrés par ces services, en France et en Italie, les demandeurs ou les bénéficiaires n'ont rien à payer immédiatement en rapport avec l'acte professionnel ou le temps utilisé. Ce qui ne veut pas dire qu'il y a gratuité absolue des services. La notion de tiers-payeur, qui n'est pas évoquée dans le modèle de contrat médical, permet sur ce point de prendre en compte le fait que, comme dans tout service public, ce sont tous les citoyens qui paient les soins apportés à ceux d'entre eux qui en ont besoin (Leverrier, 1975 : 19). Le deuxième exemple porte sur le cas où le spécialiste d'une délégation de soins qui a lieu dans ces services n'exerce pas sa profession en suivant le modèle du contrat médical. Loin de résumer les choses sur ce point, on peut juste signaler que les psychologues ne conçoivent pas de la même façon le problème de la demande qui leur est adressée. Pour le modèle du contrat médical, celle-ci est considérée comme acquise et nouée à la réponse du médecin par une dialectique d'obligations réciproques. Dans tous les cas, demande et réponse sont indépendantes l'une de l'autre. En revanche, pour les psychologues la demande n'est jamais préalablement définie et indépendante de la réponse<sup>39</sup>.

### **1.3.3 La non-demande en santé mentale : lorsque (apparemment) rien n'est délégué aux spécialistes**

La place du bénéficiaire dans la délégation peut être abordée, vu la définition donnée plus haut, à partir de la notion de non-demande<sup>40</sup>. Tout d'abord, sa dénomination en négatif, relève l'absence d'une demande prédéfinie et désigne l'échec d'une trajectoire attendue : celle qui reliait un potentiel bénéficiaire d'une politique publique au service qui le concerne. Cette notion a été, en effet, développée dans le cadre des politiques publiques lorsqu'on s'est posé la question de savoir si des politiques atteignent effectivement les populations visées. Si

---

<sup>39</sup> Certains psychologues considèrent que si on veut s'interroger sur la demande adressée aux services de santé mentale, il faut s'interroger sur la réponse. Selon le psychologue français Michel Leverrier « (...) il n'y a d'interrogation à propos de la demande que dans la mesure où il y a questionnement quant à la réponse. À la limite nous pouvons dire que c'est le problème de la réponse qui révèle le problème de la demande. Ou plutôt que notre réponse est à la fois ce qui voile et dévoile la problématique de la demande » (Leverrier, 1975 : 99). Des psychologues italiens qui ont mené des travaux sur leur profession dans les services de santé mentale sont exactement sur cette position (Carli et Paniccia, 2011).

<sup>40</sup> Au sens où des individus et des ménages ne portent pas ou plus leurs demandes vers la collectivité (Warin, 2010). Cette problématique a été posée dans les années 1950 en Grande-Bretagne (*non-take up of social benefit*), en 1960 aux États-Unis et 2000 par Philippe Warin en France. Responsable scientifique de l'*Observatoire des non-recours aux droits et services* (ODENORE), il propose d'élargir cette notion aux politiques sociales.

elles n'y arrivent pas, il faut en connaître les raisons<sup>41</sup>. Dans un modèle d'expertise où demander c'est déléguer à un spécialiste quelque chose qui pose problème, une demande est considérée comme légitime si ce dernier a une prise sur l'objet d'intervention. Observer, interroger, toucher, croiser des informations : selon les situations et les entités à expertiser, c'est la possibilité de mener ces actions qui permet d'accueillir cette délégation. C'est banal, mais il serait insensé de mobiliser un garagiste si on ne lui permettait pas de voir la voiture à réparer, un architecte si on l'empêchait d'y accéder à visiter un appartement à rénover, un chirurgien si on n'est pas disposé à entrer dans une chambre opératoire. Il n'en est pas ainsi pour la totalité des personnes qui s'adressent à un service de santé mentale. Ceux qui s'interrogent sur la non-demande en psychiatrie, en effet, parlent de quelque chose qui existe dans ce domaine et qui ne se réduirait pas au non consentement aux soins. C'est dans ces termes que, Jean Fourtos, psychiatre français<sup>42</sup>, considère le paradoxe ordinaire suivant : « plus une personne va mal psychiquement, moins elle est en capacité de demander de l'aide, que ce soit sur le plan social, médical ou psychique » (Soulet, 2007 : 128). Ce paradoxe, dit-il, va de la difficulté et du retard de la demande jusqu'à la récusation de l'aide. Un renoncement à l'aide ne résout pas le problème, les aidants potentiels doivent en quelque sorte contourner cette difficulté et puiser un savoir-faire non décrit dans les livres. Fourtos, donne une description éclairante de la problématique dans le passage suivant :

Dans ce savoir-faire, il y a notamment la demande portée par un tiers, par exemple la demande d'un travailleur social qui, au bout de plusieurs semaines ou moins, arrive à accompagner en service d'urgence médicale un homme ou une femme qui va très mal sur le plan de la santé. Si le médecin méconnaît la non-demande et veut d'emblée parler seul avec "le patient", pour des raisons de confidentialité, celui-ci lui affirmera sans ambages qu'il va très bien. C'est une faute technique de ne pas considérer la demande portée par un tiers avec les personnes qui vont mal, et d'attendre vainement une demande directe de la personne en grande difficulté. (p. 129)

Ainsi, si l'on sort du périmètre du traitement, la question de la non-demande renvoie aux formes de légitimité de tous les acteurs, même ceux qui seraient périphériques à la « vraie demande ». À ce propos, par la question *Comment discuter de la santé mentale en*

---

<sup>41</sup> Ce questionnement, par ailleurs, est de plus en plus développé si l'on considère le contexte de rareté qui caractérise actuellement ces politiques. Du moins en France, les questions du non-recours et de la non-demande sont devenues un enjeu majeur pour l'intervention sociale. Voir à ce propos, le rapport de mission de l'Inspection Générale des Affaires Sociales, publié en 2005 « Quelle intervention pour ceux qui ne demandent rien ».

<sup>42</sup> Jean Furtos est également directeur scientifique de l'Observatoire Nationale des Pratiques en Santé Mentale et Précarité, un institut de recherche-action français soutenu par la Direction Générale de la Santé (DGS) et la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS).

*démocratie* ? le sociologue Christian Laval aborde la question de la participation des « non-psy » à une discussion sur ce que devrait être une politique de santé mentale.

Comment ouvrir le forum de discussion à ceux (non-psy) qui frappent à la porte pour avoir voix au chapitre lorsqu'ils n'ont aucune caution scientifique pour ce faire : patients, usagers, syndicalistes, travailleurs, élus locaux, médecin de ville, travailleurs sociaux, habitants, toxicomanes, Rmistes, demandeurs d'asile, etc. ? La santé mentale oblige à prendre au sérieux la parole des envoyeurs. (Laval, 2005 : 144)

Reformulée dans ce questionnement, la non-demande ne serait qu'une demande comme toutes les autres. Sa seule différence c'est qu'elle n'est pas formulée par l'acteur attendu par le modèle médical, celui qu'on appelle communément « patient ».

## Conclusion

Ce premier chapitre a esquissé une piste de réflexion qui consiste à considérer la délégation de soins à partir d'un demandeur, un spécialiste et un bénéficiaire. Par ces trois figures, on peut commencer à sortir d'une conception étroite du recours au spécialiste du monde de la psychiatrie. Dans cette conception, le recours est considéré comme une action individuelle, située et entachée d'anormalité. Par les relations caractérisant la triade demandeur-spécialiste-bénéficiaire, on a vu comment se détacher d'un modèle qui se limite à prendre en compte, sans la dépasser, l'opposition entre deux individus : « celui qui sait » et « celui qui ne sait pas », l'expert et le profane. Entre les deux, la figure du demandeur permet de mettre le doigt sur une contrainte qui se pose à tout recours à un spécialiste : le ressenti d'un problème et sa mise en récit dans une institution, précèdent tout diagnostic et toute intervention. Cette fonction de médiation du demandeur permet ainsi de travailler sans ruptures et de passer idéalement d'un problème privé à un problème public. Pour avoir lieu, ce passage ne peut qu'être conçu comme une action collective où individus, groupes et institutions doivent se coordonner. Pour continuer à suivre la piste ici esquissée, on a proposé également d'abandonner l'idée que le recours au spécialiste est une action exclusivement située<sup>43</sup>. Selon cette idée, il n'y aurait que l'observation directe et focalisée sur l'interaction entre le malade et le docteur, qui pourrait permettre d'en comprendre le fonctionnement et les contraintes. Heureusement la notion de délégation exige, par définition, des déplacements. Elle permet ainsi de garder l'idée de mouvement qui investit tant les acteurs que les mots et les arguments que ceux-ci utilisent pour déclencher, normaliser, préparer un recours au

<sup>43</sup> Avec Chateauraynaud (1997), on peut partager l'idée que l'usage de la notion de « action située [...] engendre un fantôme bien encombrante : une action qui ne serait pas située. » (p. 104).

spécialiste. Déléguer prévoit également la possibilité de mener des actions à distance qui s'enchaînent au cours du temps. Nul n'empêche donc de l'appliquer à ce domaine, en suivant ce que la sociologie des sciences et des techniques a montré à propos de l'action à distance et de la notion de réseau. Enfin, en proposant d'analyser la délégation de soins dans le contexte psychiatrique, on peut attaquer la troisième propriété, celle de considérer certains de ses acteurs entachés d'anormalité. Car pour étudier ces objets d'études, la sociologie et la sociologie de la médecine mentale ne reconnaissent comme objet légitime que le recours déjà associé à quelque forme de déviance et de maladie ou à des institutions et à leurs délégués (l'hôpital et le médecin). Tout ce qui se passe en amont de l'établissement de ces associations peut faire partie du processus de recours au spécialiste, d'autant plus si on considère ce recours à partir d'un régime de normalité mis en péril. L'intérêt pour la seule expérience de maladie signifie que l'on axe le recours au spécialiste sur une expérience déjà qualifiée et prédéfinie dans sa négativité. Or, s'il y a un préalable dans cette enquête, c'est bien celui de restituer la pleine normalité à l'action de faire appel à un spécialiste de la santé mentale.





## Chapitre II. Regards croisés : Italie-France

### Introduction

Au premier chapitre on a décrit de manière formelle les places sociales qui sont inévitablement engagées dans une délégation de soins. La proposition esquissée consiste à considérer trois pôles dans ce processus pouvant être caractérisés par le demandeur, le spécialiste et le bénéficiaire. Comme les termes de cette délégation varient considérablement d'une situation à une autre, on va définir, dans ce chapitre, comment étudier empiriquement ces places, la nature de ces variations et les outils méthodologiques. Afin de délimiter notre objet, on a abordé deux cas de manière croisée. Ce choix permettait de garder dans l'analyse un certain niveau de variation en fonction de ce que chacun de ces cas devait représenter : une politique nationale de santé mentale. La délimitation d'un cas à partir d'un espace national visait, en effet, à trouver un point d'équilibre entre le caractère international de la question psychiatrique et l'ancrage local de toute pratique de recours à un spécialiste. L'enquête a démarré d'abord en Italie et ensuite, en France : ces deux pays offraient deux exemples de politiques de santé mentale articulées et développées depuis les années 1960. À partir de la présentation de la démarche des « regards croisés » et des types de matériaux collectés, le chapitre définit comment procéder simultanément au double défi de cette enquête : d'une part, détailler comment les acteurs politiques de ces deux pays ont conçu et réformé au cours du temps les trois places abordées au premier chapitre ; de l'autre, comment saisir les expériences des personnes qui se sont adressées, dans un cas, à des secteurs psychiatriques, dans l'autre, à des *Dipartimenti di Salute Mentale*.

### 2.1 Vous avez dit « regards croisés » ?

Il faut prendre au sérieux cette expression pour en parcourir toutes les conséquences. Lorsque par exemple, on applique à la vue le sens littéral du verbe *croiser*, on comprend vite

que l'expérience des « regards croisés » est problématique. Si en effet, croiser signifie littéralement « disposer deux choses l'une sur l'autre en forme de croix » (Werner et Zimmermann, 2003 : 15), regarder de manière croisée conduit vite à un défaut de parallélisme des axes visuels. Les conséquences pour la vision sont bien connues dans l'état de strabisme : on voit double et le cerveau risque de supprimer l'une des deux images fournies par les yeux. Transposé à l'expérience de la démarche comparative, ce petit détour par les troubles de la vision binoculaire permet de mettre le doigt sur l'expérience inhabituelle à laquelle tout chercheur qui décide de pratiquer ce type de démarche doit faire face : regarder, à partir d'un seul point de vue, deux réalités empiriques différentes. Le sociologue n'a pas de laboratoire pour étudier des objets d'apparence simple ou des ensembles plus complexes comme le système d'enseignement ou de soins de deux pays. Il ne peut donc ni superposer ces objets pour voir plus aisément ce qui dans leurs contours change et comment, ni les étudier de manière isolée pour observer si, en faisant intervenir la même variable indépendante, on observe les mêmes effets. Au lieu de superposer et d'isoler, il doit emprunter une autre voie, celle de la comparaison de cas<sup>1</sup>. Elle consiste à porter attention aux croisements des cas étudiés par des outils qui permettent de négocier entre superposition sauvage et isolement expérimental. Dans cette négociation, l'expression « regards croisés » rappelle que si l'on veut emprunter une démarche comparative, on ne peut se passer ni des spécificités culturelles et linguistiques qui incarnent le point de vue du chercheur, ni d'opérations et d'outils qui lui permettent de regarder deux objets différents sans risquer d'en supprimer un au profit de l'autre.

### 2.1.1 L'histoire croisée et les limites de la comparaison classique

Même si elle n'a jamais été formalisée en littérature, l'expression « regards croisés » fait écho à la proposition d'*histoire croisée* développée en sciences humaines et sociales par Michael Werner et Bénédicte Zimmermann<sup>2</sup>. Malgré les usages variés de cette proposition, le point commun des travaux qui l'utilisent consiste à traiter une ou un ensemble d'histoires associées à l'idée d'un croisement non spécifié. Selon ces deux auteurs, par la métaphore du

---

<sup>1</sup> Fondée sur l'abduction, cette forme de raisonnement accompagne l'homme depuis longtemps. Voir à ce propos, la constitution du *paradigme indiciaire* dans l'ouvrage classique de Ginzburg (1986). Pour son emploi en sociologie, on consultera Passeron et Revel, (2005 : 9-44), et Bessy et Chateauraynaud (1995 : 151). En ce qui concerne l'étude de cas et la méthodologie de la recherche, voir Yin (1994) ; sur la recherche qualitative et l'étude de cas, della Ratta (2008) et, plus généralement sur les liens entre abduction et pragmatisme, Rozier (2011).

<sup>2</sup> L'article de Werner et Zimmermann vise à préciser cette proposition en l'inscrivant dans les débats théoriques et méthodologiques actuels (2003).

croisement on met en relation, souvent à l'échelle nationale, des formations sociales, culturelles et politiques, des configurations communes dont on suppose qu'elles entretiennent des relations. En quoi consiste cette proposition et pourquoi est-elle utile dans le travail qui suit ? Selon les auteurs, l'histoire croisée appartient à la famille des approches « relationnelles » qui, à l'instar de la démarche comparée et des études de transfert, visent à interroger les liens matérialisés ou non, entre différentes formations historiquement constituées. Par implication, cette proposition engage une réflexion sur l'opération qui permet de croiser des objets aussi bien sur le plan pratique qu'intellectuel. Comme la comparaison classique se fonde sur une logique binaire entre différences et similitudes, trois difficultés restent irrésolues sur le fond.

La première difficulté concerne la position de l'observateur. Dans l'opération cognitive permettant la comparaison classique, trois contraintes pèsent sur le point de vue du chercheur. Il faut qu'il soit : extérieur aux objets qui sont comparés, placé idéalement à équidistance de ces objets afin de produire une vision symétrique, et stabilisé dans l'espace et dans le temps<sup>3</sup>. Les auteurs rappellent, concernant l'observation de faits de société que si ce point de vue est théoriquement pensable, il est inaccessible dans la pratique de recherche. Le point de vue du chercheur est en effet partie prenante du champ d'observation de son objet et en interaction avec celui-ci : il l'investit par sa langue, par ses notions, par son expérience et par son approche théorique. Cette position est donc décentrée par définition : le présupposé d'une vision symétrique du chercheur se révèle ainsi impossible. La deuxième difficulté soulignée dans la proposition de l'*histoire croisée* concerne le niveau de la comparaison. Aucune échelle choisie par le chercheur n'est complètement univoque et généralisable : que l'on compare la Région, l'État, des services publics ou des individus, toutes ces échelles sont historiquement situées et difficilement transposables d'un cas à l'autre. De plus, le choix du niveau, jamais neutre, a des effets sur la définition de l'objet. Il peut dépendre des traditions de recherche auxquelles le chercheur se réfère, des méthodologies qu'il connaît le mieux, des types de connaissances préalables à l'enquête. L'opération consistant à choisir un niveau de comparaison pour un cas et à l'appliquer à un autre cas peut donner lieu à des distorsions considérables : l'échelle peut s'avérer non pertinente ou elle peut suggérer la prise ne compte des mêmes unités mais qui ne sont pas équivalentes entre elles. La troisième difficulté concerne l'historicité de l'objet d'étude et la dialectique synchronie/diachronie dans la

---

<sup>3</sup> Ces trois aspects se rejoignent dans l'expression latine *super partes* (au-dessous des parties) utilisée par le sociologue italien Giovanni Delli Zotti pour décrire la place de la comparaison en sociologie (1996 : 154).

comparaison. Comme son objet d'étude, le point de vue du chercheur n'est jamais complètement fixé dans le temps. De plus, on doit effectuer une coupe ou des coupes pour définir l'échelle temporelle au cours de laquelle va varier l'objet pour éviter sa naturalisation ou sa cristallisation dans le temps. La dialectique synchronie/diachronie a, elle aussi, un impact sur la construction de l'objet d'étude : elle impose de choisir entre l'hypothèse d'unités d'analyse stables ou l'étude de processus de transformation.

En quoi ces difficultés nourrissent-elles une étude sur la délégation de soins ? Si d'un côté, elles permettent de respecter une exigence de réflexivité sur la position du chercheur dans une approche par « regards croisés », de l'autre, elles soulèvent une critique à laquelle on doit répondre : quel que soit la nationalité du regard, l'action de s'en remettre à un spécialiste de la santé mentale ne s'offre pas directement à la vue du chercheur. On serait tenté d'approcher cet objet comme une *action située* dans les lieux de soins causée par une maladie, et à l'attribuer exclusivement à des personnes protégées par l'anonymat. Comment porter alors le regard sur l'objet de cette étude ?

### **2.1.2 Regarder les conséquences du travail politique**

La proposition qui permet de répondre à cette question pourrait être formulée ainsi : au lieu de considérer les causes et les lieux où elle se déroule, l'action de s'en remettre à un spécialiste de la santé mentale est une conséquence de l'organisation des politiques sociales et sanitaires d'un pays. Plus particulièrement, s'en remettre à un spécialiste de la santé mentale résulte du travail politique relatif à la question psychiatrique. Comment s'exprime ce travail politique ? En premier lieu, par le travail réglementaire et législatif qui vise à organiser la coordination entre demandeurs, spécialistes et bénéficiaires dans le cadre d'une politique publique mais également par la mobilisation d'autres acteurs – professionnels, associations de proches et d'usagers. Comment ce travail définit-il la qualité et les modes d'existence de cette coordination ? Tous les acteurs, politiques ou non, débattent sur les types d'institutions, de dispositifs et de lois qui doivent réglementer cette action. Ce travail et les choix faits délimitent les contours de cette action sur plusieurs fronts : favoriser ou inhiber, rapprocher ou éloigner, médicaliser ou démedicaliser, politiser ou dépolitiser, privatiser, etc. Le regard du chercheur doit ainsi essayer de prendre en compte toutes les médiations qui permettent à des acteurs de participer, même à distance, à l'action de s'en remettre à un spécialiste.

Le fait de considérer la délégation de soins comme une conséquence du travail politique, permet de revenir aux trois limitations soulevées par Werner et Zimmermann à propos de la comparaison classique, pour avancer dans l'étude de cet objet. En ce qui concerne la position du chercheur, porter un regard sur la délégation de soins ainsi conçue ne se limite pas à l'expérience de ce qui, dans la tradition sociologique, relève de la méthode de l'observation. Aux côtés de la vue, on ne peut que mobiliser d'autres actes d'investigation. Il s'agit d'opérations cognitives qui caractérisent le travail du chercheur lorsqu'il enquête sur des phénomènes qui ne se répètent plus ou qui ne se donnent pas à voir : lire, collecter des documents, interviewer, calculer, prendre des notes de terrain. Problématiser des opérations qui mobilisent plus le langage que la vue est d'autant plus nécessaire lorsque le chercheur est amené à travailler avec une langue, des concepts et des catégories qui ne relèvent pas de son identité nationale. Même en empruntant des formes d'objectivation, il serait vain et naïf de chercher à se défaire, une fois pour toutes, du point de vue du chercheur. Si l'on suit ces considérations, une comparaison, menée par un Italien sur la France et l'Italie, ne pourra jamais aboutir aux mêmes résultats qu'une comparaison faite par un Français sur l'Italie et la France. Tous deux ne pourront pas traiter de manière symétrique les deux côtés des Alpes et cela pour la simple raison que ce type de comparaison se rapproche plutôt de l'anthropologie comparée que des statistiques. Si par exemple, un dispositif d'action publique comme l'hôpital psychiatrique est présent dans le pays d'origine d'un chercheur, celui-ci sera amené à chercher l'équivalent dans le pays qu'il essaiera d'approcher. S'il ne le trouvera, il s'interrogera s'il existe un équivalent de ce dispositif et sous quelle forme.

Considérer la délégation de soins comme la conséquence d'un ensemble de facteurs où le travail politique joue un rôle important, permet d'avancer également à propos des questions concernant l'échelle à prendre en compte dans cette étude. Comment choisir les unités d'analyse à étudier dans la délégation de soins ? Dans la transformation de la délégation de soins, par exemple, quel est le rôle des gouvernements ou des mouvements d'associations d'usagers et proches, ou des acteurs pris individuellement ? Puisque ce n'est pas au chercheur de choisir les échelles, ce sont les pays qui choisissent qui, quand et comment doit s'organiser, se coordonner et être régulée cette action. Considérer, par exemple, exclusivement un pouvoir étatique central comme l'entité qui fixe les manières de faire appel à un spécialiste risque de négliger les interactions que ce pouvoir entretient avec d'autres pouvoirs à l'échelle régionale et qui ont également un impact sur l'objet d'étude. Quant à la dernière difficulté concernant l'historicité de l'objet d'étude, il faut distinguer l'histoire des

institutions et la micro-histoire des individus. L'une et l'autre permettent de saisir respectivement la lente transformation des institutions psychiatriques que les acteurs politiques ont fixées dans les textes législatifs et réglementaires et les micros changements traversant les parcours biographiques. Ces deux types d'histoire ne sont pas indépendants entre eux car les trajectoires institutionnelles et les parcours de soins se croisent avec la biographie de ceux qui s'adressent à des spécialistes de la santé mentale.

### **2.1.3 Délimiter par l'étude de cas**

L'expérience de regarder implique inévitablement une délimitation spatio-temporelle, d'autant plus si l'objet d'étude varie au niveau international. Le chercheur ne pourra jamais gérer la complexité des entités qui participent à cette échelle, s'il ne commence pas à « penser par cas ». Passeron et Revel (2005) ont récemment réhabilité la pensée par cas en sociologie. Elle est le résultat de deux histoires qui ont cheminé de façon relativement séparée. D'un côté, l'histoire de la philosophie et de la rhétorique qui a nourri les casuistiques morales, juridiques et religieuses<sup>4</sup> ; de l'autre, l'histoire des écoles ou des traditions médicales qui a nourri la démarche clinique qui est devenue concurrente de la méthode expérimentale entre le XIX<sup>e</sup> et le XX<sup>e</sup> siècle. C'est plutôt à partir de cette deuxième histoire que la pensée par cas a croisé les chemins des sciences sociales. En s'opposant aux « ambitions universalisantes » (p. 10) des méthodologies sociologistes ou économistes, elle leur permet de redécouvrir la place du rendu narratif de séquences et d'interactions dans l'étude des particularités d'un cas et de son contexte. Pour Passeron et Revel, « raisonner par cas » signifie emprunter une modalité de raisonnement qui s'appuie sur l'exploration et l'approfondissement des propriétés d'une singularité accessible à l'observation. Il s'agit d'extraire de l'analyse d'un cas, une argumentation de portée plus générale qui peut être réutilisée ailleurs (p. 9).

Or, la tension entre universalisme et particularisme continue à nourrir les débats méthodologiques. Dans les manuels de méthodologie de la recherche en sciences sociales on oppose la comparaison « par variables » à celle par « cas » (Delli Zotti, 2004 : 75-85). On justifie cette relation à partir d'une autre opposition, celle entre approches statistiques et approches qualitatives. Ces deux approches sont mobilisées dans un continuum où on place les premières du côté de la validation d'hypothèses de recherche et les secondes de celui de la construction de nouvelles hypothèses. En se déplaçant sur ce continuum, les degrés de

---

<sup>4</sup> Le raisonnement casuistique procède à partir d'une norme générale de l'action. Il vise à résoudre les problèmes posés par l'action concrète par une discussion entre principes généraux et particularités des cas.

scientificité augmentent si l'on s'approche de la validation et *vice-versa* ils diminuent si l'on s'en éloigne. Un autre critère pour détecter le degré de scientificité des comparaisons concerne le type de contrôle auquel on doit soumettre les données collectées : Delli Zotti distingue les contrôles expérimental, statistique et historique. Même s'il ne peut que s'appliquer rarement, le contrôle expérimental est le seul à maîtriser toutes les variables en jeu. Il consiste à construire artificiellement des situations dans lesquelles les variables qui n'intéressent pas l'étude sont constantes ou causalement distribuées. Le contrôle statistique quant à lui, permet, par des techniques mathématiques, de reconstruire les valeurs que les variables originaires auraient présentées si les tiers variables étaient constantes ou causalement distribuées. Il va de soi que ce type de contrôle exige des variables standardisées et la disponibilité de cas quantifiables et multiples. Enfin, en dernière position on retrouve la faiblesse du contrôle historique qui dérive du caractère idiographique des sources de l'enquête sociohistorique. Bref, si on se place dans un cadre épistémologique qui considère la sociologie comme une science sociale positiviste, il y a parmi les méthodologues un consensus sur le fait qu'en analysant de grands échantillons, les études statistiques permettent une généralisation alors que les comparaisons par cas sont scientifiquement faibles. La comparaison par cas serait ainsi considérée comme la version faible et scientifiquement limitée de la comparaison.

Le sociologue italien Massimo Paci ne partage pas tout à fait cet avis sur la comparaison par cas. À propos d'histoire, comparaison et étude de cas, il a récemment publié ses *Lezioni di Sociologia Storica* (2013). Vu l'intérêt de cette position pour l'économie du travail ici présenté, on peut revenir rapidement sur ce qu'il entend par « sociologie historique et comparée ». Cette sociologie a pour objet des processus historiques à grande échelle qui se développent dans la durée (au cours de longues périodes). Elle examine ces processus à partir d'une analyse systématique et contextualisée orientée tant vers l'explication causale que vers la génération de nouvelles hypothèses. En ce qui concerne l'explication, on procède en prenant en compte des régularités empiriques observées et en considérant un petit nombre de cas. Par les procédés logiques des « concordances » et des « différences » mises au point par J. S. Mill, on peut effectuer une comparaison entre ces cas. Parfois, on peut déterminer les relations entre des causes et des effets pour établir les conditions nécessaires et suffisantes pour qu'un événement puisse se produire. Selon Paci, sur le plan de l'explication d'hypothèses, la manière de procéder de ces études sociologiques peut être plus satisfaisante que celle des études quantitatives et statistiques. En effet, contrairement aux études qui

raisonnent à partir d'échantillons importants, la sociologie historique et comparée n'adopte pas des explications probabilistes sur les relations observées. En ce qui concerne la génération d'hypothèses, ces études ne visant pas forcément l'explication, peuvent mélanger des méthodes qualitatives et quantitatives et utiliser des démarches éclectiques. Il peut s'agir de comparaison « catégorielle » ou « nominale » lorsque des cas sont comparés sans préétablir la hiérarchie de leurs propriétés et donc leurs degrés de variabilité. Qu'il s'agisse d'expliquer ou de construire des hypothèses, le point fort de ces études concerne la place faite à la narration dans la recherche. On restitue l'importance qu'il faut à la narration des acteurs comme élément qualitatif permettant de mieux comprendre les détails et les séquences des processus<sup>5</sup>. Par implication, on s'intéresse aux situations, aux circonstances et aux événements étudiés voire à leur enchaînement et à leur mise en série par les acteurs. C'est exactement dans cette perspective que la théorie de la *path dependence* (dépendance au chemin emprunté) joue un rôle crucial dans ce type d'études (p. 310). Cette théorie considère comment un ensemble de décisions passées peut influencer sur les décisions futures et souligne le poids du chemin fait au cours d'une trajectoire sur les configurations<sup>6</sup>. Si les configurations nationales changent au cours de l'histoire et montrent des différences à un certain moment, il faut des notions et des méthodes qui tiennent compte de la temporalité et du chemin suivi<sup>7</sup>.

Paci fournit des exemples qui ont permis d'aller au-delà des limites des corrélations statistiques et qui ont suivi le chemin de l'analyse historique comparée centrée sur un petit nombre de cas<sup>8</sup>. À partir des années 1980, des études de cas sur l'État-Providence arrivent à

---

<sup>5</sup> Reste actuelle, selon Paci, la critique de la narration lorsque celle-ci est connectée aux événements sans que la nature de cette connexion soit spécifiée.

<sup>6</sup> Provenant de l'économie, cette notion s'est élargie aux sciences sociales, elle constitue même une entrée d'un dictionnaire de politiques publiques (Palier, 2010).

<sup>7</sup> Postuler l'existence de contraintes liées au chemin fait, n'empêche pas d'observer des bifurcations et des points de basculement dans les trajectoires et non plus de limiter le poids de la *path dependence* dans les processus d'émergence et de changement des institutions. On peut, par exemple, considérer des facteurs de créativité, c'est-à-dire les stratégies que les acteurs sont capables d'inventer pour contourner le poids du passé et donner lieu à des points de changements imprévus.

<sup>8</sup> À ce propos, Paci cite plusieurs de ces travaux (308-309). On peut en évoquer deux. Le premier, de Peter Flora, sur les pays occidentaux et leurs politiques. Son travail rassemble des monographies portant sur ressources, clientèle, résultats, causes et facteurs associés de politiques sociales. On définit des parcours qui peuvent être classifiés selon deux grands configurations : la zone « anglo-scandinave » et la zone « continentale ». Les différences entre les deux relèvent de la différente pénétration étatique dans les institutions de l'État-Providence (*welfare stateness*) : ce degré est plus élevé dans la première zone alors que le degré de fragmentation des programmes sociaux est tendanciellement plus élevé dans la seconde zone. L'appropriation étatique des fonctions de l'État-Providence a été plus simple en Europe du Nord à la suite de la fusion entre pouvoirs politiques et religieux, ce qui ne s'est pas produit si rapidement dans l'Europe continentale à cause du conflit entre l'État et l'Église (ou les Églises). Le second est l'étude de Massimo Ferrara sur les 'modèles de solidarité' qui caractérisent les modèles d'État-Providence en Europe. Ferrara explique comment, dans certains modèles, le capital de solidarité est resté circonscrit et connecté aux catégories de l'occupation alors que dans d'autres, il



examiner dans le détail les rôles joués dans la formulation des programmes des politiques sociales par les acteurs politiques et la place des mobilisations des professionnels, des partis politiques et des associations dans ce processus. Ces études ont également montré pourquoi des pays ont été des « précurseurs » et d'autres des « retardataires » dans l'introduction des politiques sociales. Du point de vue méthodologique, elles ont intégré des données statistiques quantitatives et l'analyse secondaire de documents et collectes d'informations historiques. L'approche historique-empirique a ainsi servi à comprendre les phases d'introduction des politiques sociales tout en essayant d'intégrer les études statistiques à cette compréhension. L'explication s'est à petit à petit déplacée des facteurs économiques et démographiques aux rôles des acteurs politiques et sociaux dans les dimensions institutionnelles, bureaucratiques et administratives. Selon Paci, la comparaison menée par la méthode de la sociologie comparée et historique sur très peu de cas n'est pas le « remplaçant pauvre » de la comparaison menée par analyse statistique sur grands échantillons. Elle est plutôt une approche qui fournit beaucoup plus d'informations détaillées que l'analyse statistique. Dans l'analyse quantitative et positiviste par « variables », on ne peut pas enquêter sur les mécanismes génératifs comme les dimensions motivationnelles et culturelles de l'action. Ce qui oppose les études les unes aux autres pour Paci, c'est la vision différente de l'ontologie du social : synchronique pour l'analyse statistique, diachronique et processuelle pour l'analyse par cas. Il souligne cette différence à partir de l'écart qui existe entre un film et une photographie.

#### **2.1.4 Négociateur des traductions**

Dans l'introduction de *Ce que soigner veut dire* (2009) Annemarie Mol, philosophe et sociologue néerlandaise, s'interroge « avec inquiétude » sur ce que la traduction française de son ouvrage évoque et si son contenu est transmissible. « car pour parler de soin, il faut d'abord une langue », dit-elle. Son travail a été écrit et publié, en effet, d'abord en néerlandais, puis traduit en anglais, avant de paraître en français. Si l'on quitte l'exemple de la traduction d'ouvrages, cette inquiétude soulève un dernier point permettant de gagner encore un peu de réflexivité sur l'approche par « regards croisés ». S'il veut « croiser des cas », un chercheur doit maîtriser les langues des acteurs enquêtés, tout particulièrement lorsqu'un cas ne relève pas de sa culture nationale. Pour se mettre à l'écoute des acteurs et pour ne pas oublier non plus les lecteurs de son travail, il doit négocier des traductions d'une langue à

---

s'est élargi à la population entière. Il prolonge ainsi l'analyse de Flora qui avait opposé le modèle de protection universelle à celui fondé sur les professions (le modèle bismarckien).

l'autre. Rendre compte de ces points ou du moins les soulever dans les études sur la comparaison internationale, est parfois une opération négligée. Les contraintes pragmatiques – dans ce cas, de nature linguistique – qui pèsent sur l'expérience du chercheur semblent ainsi s'évaporer. Comment ne pas en tenir compte lorsqu'on parle de question de santé et de maladie dans deux lieux différents par la langue et par la culture ?<sup>9</sup> En cherchant en effet à faire varier un objet d'étude comme la délégation de soins par l'entrée sur deux terrains étrangers l'un à l'autre, on pourrait tomber dans un piège d'équivalence sémantique. Suivre cette équivalence risquerait d'appuyer l'analyse sur des traductions faussement évidentes. À ce propos, des analyses sur les politiques sociales européennes ont déjà montré que derrière des dispositifs dont les étiquettes sont aisément traduisibles, il y a des trajectoires sociohistoriques et des contextes institutionnels assez différents<sup>10</sup>. Lorsque le regard du chercheur porte sur deux ou plus d'unités d'analyse qui se différencient par la langue, regarder de manière croisée exige la maîtrise des langues des acteurs qu'on se propose d'étudier. En effet, si le chercheur veut voir quelque chose, il doit s'immerger dans les documents produits par les acteurs ou les rencontrer. Il ne s'agit pas seulement d'une question de mots et de discours : même s'il veut se pencher sur des statistiques, il doit comprendre comment celles-ci sont construites par qui et dans quels buts.

Un exemple concernant la traduction de l'appellation d'une institution d'une langue à l'autre, pourrait mieux éclaircir ce point. À partir des années quatre-vingt-dix, l'acteur principal de l'offre de soins en Italie a été dénommé *Azienda Sanitaria Locale* (ASL), par le législateur. Comment traduire en français cet acteur et quelles en sont les conséquences cognitives sur le lecteur ? Par continuité, on pourrait suivre d'autres travaux qui ont déjà traduit cet acteur en langue française par l'expression « Agence Sanitaire Locale »<sup>11</sup>. On opterait ainsi pour une traduction adaptée du mot italien « *Azienda* » par le mot « Agence » qui en français est sans problème associé à des institutions sanitaires comme le démontre, par exemple, la dénomination des récentes « Agences Régionales de Santé ». Une autre solution consiste à garder une traduction mot à mot et à traduire l'ASL italienne par l'expression

---

<sup>9</sup> En s'appuyant sur l'enseignement de Mauss, Louis Dumont explique que le chercheur « ne pourra communiquer avec les gens qu'il veut étudier que lorsqu'il aura maîtrisé la langue qu'ils ont en commun, qui est le véhicule de leurs idées et valeurs, de l'idéologie dans laquelle ils pensent et se pensent. » (Dumont, 1991 :12). Dans la lignée de Dumont, Alain Ehrenberg (2010) analyse les différentes significations attribuées aux pathologies narcissiques en France et aux États-Unis. En abordant les concepts de *Self*, d'*autonomie* et de *normativité*, la finesse d'Ehrenberg consiste à détecter « des différences par contraste » entre ces deux sociétés.

<sup>10</sup> Voir à ce propos le cas des politiques d'activation in Barbier et Letablier (2007).

<sup>11</sup> Voir, par exemple, le n° 32 de la revue *Sociologie Santé* « Décentralisation système de santé : l'exemple italien ».

française « Entreprise Sanitaire Locale » car le mot « *azienda* » en italien correspond à celui d' « entreprise » en français. Sans doute, cette expression sonnerait à l'oreille d'un français comme la traduction maladroite d'un italien qui, essayant de parler en français, pense encore dans sa langue maternelle. Quoi faire donc : traduire « agence » ou « entreprise », ou choisir de ne pas traduire ? Pour la perspective empruntée dans ce travail, cette dernière option semble la plus adaptée. En effet, le mot *Azienda* n'a pas été choisi au hasard par le législateur italien, le traduire par le mot « Agence » voudrait dire trahir l'emploi qui en a été fait. Puisque il est communément associé au monde de l'organisation et de l'économie, ce terme est porteur d'un point de basculement dans l'administration italienne. Il marque l'introduction dans les services sanitaires d'une culture du management appliquée au domaine de la santé visant l'efficacité des résultats et l'efficience dans la gestion des ressources. Il ne faut pas que ces changements échappent à l'oreille du lecteur français. De plus, on ne peut pas négliger qu'un équivalent du mot français « Agence » existe bel et bien en italien, c'est *agenzia*. Or, les ASL n'ont pas été appelées *Agenzie Sanitarie Locali*, pourquoi donc les traduire par l'expression « Agence Sanitaire Locale » ?

Cet exemple montre que pour ce travail, le problème n'est pas de définir deux objets équivalents des deux côtés des Alpes afin de pouvoir les comparer. On veut, au contraire, s'écarter de toute forme de comparaison statistique ou quantitative pour deux raisons. Premièrement, les services publics de santé mentale sont souvent approchés par des études menées par des organismes internationaux. Lorsqu'il s'agit de comparer les systèmes de santé, l'approche classique est fondée sur une logique de *benchmarking* : on compte les variables présentes dans chaque système et on les encadre dans des lignes et des colonnes. Nombre de lits et de professionnels, de types de financements, de modes d'utilisation : tous ces objets sont considérés comme acquis dans l'analyse sans aucune remise en question jusqu'au moment où il faut tirer des conclusions. À ce moment-là, on découvre que « La comparabilité des données relatives à la santé et aux soins de santé dans les États membres est entravée par l'hétérogénéité des méthodes de collecte et d'interprétation. C'est pourquoi il faut être extrêmement prudent au moment de tirer des conclusions de ces données statistiques comparatives » (Direction Générale des Études du Parlement Européen, 1998). Une limite donc de ces approches consiste à mettre côte à côte des données pour ensuite énoncer les limites de leur valeur heuristique.

Deuxièmement, en ce qui concerne plus particulièrement la santé mentale, malgré les efforts d'harmonisation de collecte de données, plusieurs facteurs centraux sont négligés. L'Instrument d'Évaluation des Systèmes de santé de l'Organisation Mondiale de la Santé (*the WHO-AIMS instrument*) n'a pas non plus réussi à corriger ces défauts. Son objectif concerne l'amélioration des systèmes de santé à partir de la collecte d'informations essentielles d'un pays ou d'une région. Six domaines sont pris en compte : le cadre politique et législatif, les services de santé mentale, la santé mentale dans les soins primaires, les ressources humaines, l'éducation du public au sens large, la surveillance et la recherche. Une étude publiée dans le *Bulletin of the World Health Organization*, en 2008, a testé cet instrument pour comparer quatre pays : l'Irak, le Japon, les Philippines et l'ancienne République yougoslave de Macédoine. L'importance de ces instruments est sans doute stratégique pour les pays qui ne disposent pas d'experts en politique de santé mentale ou de ressources pour concevoir leurs propres outils d'évaluation des systèmes de santé mentale. Comme les auteurs l'expliquent, un point fort de cet instrument est qu'il « donne accès à une base de données standardisées pour les comparaisons entre pays ». Mais ils ne cachent pas non plus le fait que l'instrument « néglige les stratégies de développement des politiques de santé mentale, sous-estime le rôle des facteurs culturels dans le recours aux soins de ce type et fournit des mesures d'une validité discutable » (Hamid *et alii*, 2008 : 472). Il semblerait que la standardisation soit *a priori* une valeur en soi, même si sa valeur heuristique est en cause.

## **2.2 Les cas objets du croisement**

### **2.2.1 Pourquoi la France et l'Italie ?**

Ouvrons un journal italien<sup>12</sup> : Rome, 16 mai 2012. Conférence de presse sur la proposition de loi intitulée : « Suicide en temps de crises économique. Institution d'une ligne téléphonique nationale pour la prévention des suicides en collaboration avec un Département de Santé Mentale de Rome » ; 17 mai, à la *Camera* (Assemblée Nationale), institution du « Traitement sanitaire nécessaire extrahospitalier et prolongé, sans le consensus du patient » : Les oppositions crient : « l'Italie 40 ans en arrière : on rouvre les asiles psychiatriques », la majorité affirme : « c'est un soutien pour familles et patients ». Rien d'étonnant à ce qu'il existe des prises de paroles publiques à propos des modes de recours aux services psychiatriques. Parallèlement, on observe aussi des situations dans lesquelles le trouble

---

<sup>12</sup> Agence de presse (AdnKronos) et articles de *La Repubblica.it*, *La Stampa.it*, *Corriere Informazione.it*.

mental et ses services constituent des sujets mobilisés dans des débats publics qui n'ont rien à voir avec la psychiatrie. À nouveau dans la presse : avril 2011, en pleine crise économique, des députés attaquent le plan d'austérité du ministre de l'Économie en disant « Ce plan devrait être analysé par un psychiatre » et « L'analyse économique de Tremonti est issue d'un manuel de psychiatrie » ; Rome, 22 mai 2012, l'humoriste le plus connu d'Italie critique sur son blog personnel, le secrétaire du *Partito Democratico* au lendemain des dernières élections municipales : « Il est quasiment mort. Appelez les secours pour un TSO<sup>13</sup> ». Si l'on évoque ici ces prises de paroles publiques, c'est pour montrer comment un sujet comme celui de la santé mentale circule sans qu'il soit forcément délimité par des frontières claires et nettes. Les frontières géographiques ne délimitent pas non plus toute forme de circulation sur ce sujet. Sur la question psychiatrique, il n'est pas difficile de remarquer que, entre France et Italie, plusieurs formes de croisement se soient produites. Il s'agit de croisements effectués au cours de l'histoire sans l'intervention directe du chercheur. Par exemple, cinq ans après la promulgation de la loi italienne qui a réformé, en 1978, l'intervention publique en psychiatrie, le numéro 89 de la revue française *Perspectives Psychiatriques* est consacré à un bilan de ces « réformes bouleversantes ». Mais cela ne se réduit pas à l'intérêt que portent les rédacteurs de la revue à la question. Que des praticiens français, des sociologues et des philosophes transalpins, jettent un œil de l'autre côté des Alpes pour observer ce qui se passe à l'époque, n'est pas nouveau. Déjà en 1977, parmi les participants au *IIIème Réseau d'alternative à la psychiatrie* qui s'est déroulé à Trieste, on retrouve d'illustres personnalités françaises (Michel Foucault, Robert Castel, Felix Guattari)<sup>14</sup>. Ces présences ne rappellent pas seulement des échanges intellectuels mais également l'existence d'une importante littérature française sur l'itinéraire de l'assistance psychiatrique italienne<sup>15</sup>. Ces deux cas invitent à mieux détailler les croisements également pour d'autres raisons. Sans trop anticiper sur les questions que l'on traitera par la suite, on peut détailler quelques-unes de ces raisons.

Premièrement, les cas italien et français ne croisent pas seulement des professionnels ou des intellectuels qui échangent sur la question psychiatrique mais également des notions et

---

<sup>13</sup> *Traitement Sanitaire Obligatoire*, le seul dispositif mis en place en santé mentale qui prévoit des hospitalisations sous contrainte. On détaillera ce dispositif par la suite.

<sup>14</sup> Voir à ce propos, les récits des protagonistes des premiers échanges franco-italiens in Elkaim (1977) et (Battiston, 1980).

<sup>15</sup> Dans le numéro de *Perspectives Psychiatriques* cité, on pourra même trouver la traduction en langue française de certains articles de la loi n° 180 (p. 395-396). Pour d'autres contributions, on peut citer Castel (1983), Louzon et Stylianidis (1987) et Legrand (1988). Il existe, par contre, très peu de littérature signée par des Italiens sur l'expérience française. Sur l'expérience menée à Lille, en France, on peut consulter en langue italienne Roelandt (2011).

des options de dispositifs d'action publique. Cela exclut de considérer ces cas comme des entités individuelles dont les trajectoires ne se sont jamais croisées entre elles. La notion de « secteur », par exemple, a été un point de croisement entre professionnels et institutions des deux côtés des Alpes jusqu'aux années 1970. À la recherche d'un modèle permettant de réformer la vieille psychiatrie asilaire, ces acteurs se sont confrontés sur cette notion et sur son application à la psychiatrie publique. S'il est bien connu que la France l'a institutionnalisée alors que l'Italie a pris une autre voie, les raisons de cette bifurcation, elles, sont moins connues. Dans la société italienne on a même assisté à des expériences de mise en place du secteur dans certaines régions au Nord de l'Italie mais on a assisté ensuite à une forme de « refoulement » de cette option et à son rejet.

Deuxièmement, en ce qui concerne les différences d'articulation générale du système de santé, ces deux cas opposent deux modèles : la France historiquement organisée selon le modèle bismarckien et l'Italie qui, forte de son Système National de Santé, s'inspire du modèle anglais. Relever la différence entre ces deux modèles, dans l'économie générale de ce travail, signifie prendre en compte la médiation jouée par d'éventuels acteurs-tiers dans chacun de ces modèles (des tiers-payeurs, comme les assurances maladies par exemple). Troisièmement, les différentes entités qui légifèrent en matière de santé et de santé mentale, posent ces deux pays sur une ligne qui va de la centralisation française (toutes les lois sont votées et promulguées à Paris), à la décentralisation italienne (dans chaque chef-lieu de Région on vote et on promulgue la plupart des lois en matière de santé). Sur ce point, l'Italie n'aurait pas développé, comme la France, une mais des politiques publiques de santé mentale<sup>16</sup>. Du point de vue des réseaux que ces architectures engendrent, il est intéressant de voir comment, dans les deux cas, l'organisation des services s'est, soit fragmentée en devenant quasiment invisible, soit centralisée et chargée de portée médiatique. C'est pourquoi, dans le cas italien par exemple, il est primordial de prendre en compte le travail des *Regioni*. Depuis les années 1970, ce sont elles qui réglementent des fonctions auparavant centralisées. L'argument de la fragmentation politique italienne a fourni, peut-être, un *alibi* pour éviter de faire un bilan systématique du développement de cette action publique. Il est ainsi difficile d'avoir une vision d'ensemble de ces politiques.

En ce qui concerne plus en détail l'assistance psychiatrique, il est intéressant de croiser ces deux cas à partir de la place différente attribuée au dispositif historiquement central pour

---

<sup>16</sup> Su la politique de santé mentale en France, voir Biarez (2004) et Demailly et Autès (2012).

la prise en charge des troubles mentaux : l'hôpital psychiatrique. Dans l'éditorial du numéro de la revue citée plus haut, Louzon et Lacour rappellent cette divergence :

En France, il s'est agi de restructurer l'hôpital psychiatrique (le mouvement de psychothérapie institutionnelle) ou de le décentrer par la politique de secteur, en Italie de le supprimer et de dépasser les conceptions et pratiques psychiatriques qu'il représente (p. 385).

Plutôt que de simplifier les choses par des oppositions figées, l'idée est plutôt de montrer les nuances de ces choix et leurs conséquences sur les personnes directement concernées, y compris à partir des significations attribuées aux mots fétiches du domaine. À titre d'exemple, on peut juste dire que pour un Italien, il n'existe aucune différence entre les mots « *ospedale psichiatrico* » (hôpital psychiatrique) et « *manicomio* » (asile psychiatrique) : les deux renvoient aux institutions totalitaires décrites par Goffman<sup>17</sup>. Au contraire, en France, *hôpital psychiatrique* renvoie à d'importantes réformes de l'*asile*, menées à partir de la fin de la Seconde Guerre Mondiale (Henckes, 2007). De ce fait, un Italien arrivant en France qui entend l'expression « hôpital psychiatrique » ne doit nullement penser aux asiles psychiatriques mais à des établissements hospitaliers spécialisés en psychiatrique.

### 2.2.2 Quoi étudier ?

Plusieurs types de matériaux ont été mobilisés pour cette enquête : deux corpus de textes réglementaires et législatifs (France et Italie), des entretiens (en France) et un questionnaire en ligne (en Italie), des revues professionnelles. La première unité élémentaire de cette analyse est la prise de position publique qui se manifeste, *via* la production d'un texte, sur un point supposé contribuer d'une façon ou d'une autre à l'action de s'en remettre à une institution de santé mentale. Un texte qui fixe l'ouverture de certains services 24 heures sur 24 heures ou qui institue un espace visant l'accueil d'adolescents en difficulté, est un exemple de cette position publique sur la délégation de soins. Dans ces prises de position un acteur identifie des priorités, invente des lieux d'actions, énonce des règles à respecter, bref, attribue des pouvoirs à tel ou tel acteur. On a ainsi choisi d'étudier, dans un premier temps, les textes sans lesquels ces prises de position, ces attributions de pouvoirs dans le processus de

---

<sup>17</sup> L'association-confusion entre ces deux mots s'est renforcée récemment lorsque le maintien de l'*Ospedale Psichiatrico Giudiziario* (OPG) (Hôpital psychiatrique judiciaire), le seul hôpital qui ait gardé le qualificatif de *psychiatrique*, a été mis en cause par une commission d'enquête ministérielle. La conclusion de cette dernière est claire : « *Situazione del tutto incompatibile con i dettami della Costituzione* » (p. 10) (Situation totalement incompatible aux principes de la Constitution). Cette commission a conduit à un Décret qui imposait la fermeture des OPG italiens à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2013.

délégation, ne pourraient pas exister. Ce sont tous les textes réglementaires qui ont permis la naissance de services « de santé mentale » dans les pays considérés et qui ont donc défini pouvoirs et places institutionnelles.

Dans l'idée que le travail des acteurs politiques doit interagir avec des publics, on a considéré nécessaire un complément d'enquête. Dans la lignée des réflexions faites en France et en Italie à propos des récits de vie et des entretiens biographiques<sup>18</sup>, ce complément d'enquête visait la production de discours d'acteurs impliqués directement ou indirectement dans des parcours de soins et qui, par définition, ont dû traverser une ou plusieurs places esquissées au premier chapitre. Cette option s'est concrètement déroulée d'abord en Italie (entre 2010 et 2011) puis en France (entre 2011 et 2012) auprès de personnes ayant eu des contacts avec des services de santé mentale. Ce volet de l'étude permettait de savoir comment ces personnes se sont déplacées de chez elles jusqu'à ces services, ou, au contraire, comment elles ont réussi à faire venir le service chez elles ; combien de temps elles ont attendu pour le faire et pourquoi ; quelles sont celles qui ont eu recours à ces services pour la première fois ; quels sont les dispositifs qui ont permis de bénéficier de cette action publique et de la prise en charge en situation de non-demande ; qui les a accompagnées dans cette zone d'action. Ici également, on va s'appuyer sur le langage des acteurs pour étayer ce travail. On a pu contacter proches et patients, en effet, dans les deux pays et à partir d'associations d'usagers ou de proches. En Italie, on a diffusé un questionnaire sur Internet où on proposait de répondre à des questions ouvertes ; en France, on a travaillé à partir d'entretiens semi-directifs<sup>19</sup>. Par les réponses des usagers de ces services, on pourra explorer le point de vue des publics et décrire leur participation à cette action publique. On présentera les entretiens et le questionnaire dans les chapitres qui leur sont consacrés (respectivement le sixième et le septième).

Ces deux matériaux représentent sans aucun doute deux entrées différentes pour aborder l'objet d'étude considéré. Si le premier aborde la délégation en amont, à partir du pouvoir et des rôles distribués par des entités étatiques et telle qu'elle a été conçue et énoncée par le législateur ; le second, quant à lui, l'aborde en aval, lorsque elle fait partie d'une expérience et d'un monde vécu. Même s'ils sont conceptuellement différents, ces matériaux permettent parallèlement de faire un aller-retour entre cadres réglementaires et histoires de

---

<sup>18</sup> On consultera respectivement : Demazière et Dubar (2004), Dubar (2012), et Ferrarotti, (1981), Macioti, (1985) (1995), Bichi, (2002).

<sup>19</sup> Si en Italie il y a eu une bonne réception du questionnaire, 192 personnes répondants, en France il n'en a pas été ainsi. On a pu mener 12 entretiens avec des usagers français. Le questionnaire et la grille d'entretien se trouvent en annexe.



vie. Cette différence enrichit le propos du travail. On va considérer d'un côté à l'autre des Alpes, en particulier : comment la question de l'hôpital psychiatrique et le rôle de l'extrahospitalier sont traités ; pourquoi et de quelles façons les réformes ont eu des conséquences sur l'émergence des publics de ces services et quel est le poids attribué à certaines professions dans la dynamique de la délégation de soins. D'autres questions, considérées parfois comme périphériques, émergent au cours du travail, comme la place de l'Éducation Nationale ou de services non sanitaires comme les Mairies, ou encore celle de dispositifs supplémentaires aux traditionnels services, également mobilisés par les législateurs ou les utilisateurs<sup>20</sup>.

Un troisième type de matériaux concernait le point de vue des professionnels. On a consulté et dépouillé des revues professionnelles pour chercher à reconstituer les différents débats qui animaient la question psychiatrique. Ce matériau s'est avéré incontournable pour reconstruire la genèse des politiques italiennes et françaises à partir des échanges entre professionnels italiens et français et pour contextualiser les mobilisations accompagnant la promulgation de certaines lois. On a consulté l'*Information psychiatrique*, et les revues *Prospettive Sanitarie e Sociali*<sup>21</sup> et *Fogli d'Informazione*<sup>22</sup>, dans les années 1960, 1970 et 1980<sup>23</sup>.

---

<sup>20</sup> On peut citer, à titre d'exemple, différentes formes d'entraide mutuelle ou de professionnalisation d'usagers et proches et d'autres dispositifs comme les « groupes d'entendeurs de voix » (*uditori di voci*) diffusés dans plusieurs pays. Voir, à propos d'expériences sur ce dernier dispositif en Italie, l'ouvrage de Cardano et Lepori (2012). Les activités du Réseau français sur l'entente de voix sont disponibles à l'adresse suivante : <http://www.revfrance.org/>.

<sup>21</sup> Depuis 1971, la revue *Prospettive sociali e sanitarie* est un acteur et un observateur des politiques publiques italiennes. Bimensile dell'IPES (*Istituto per la Promozione Economica e Sociale*). Cette revue est éditée par l'IRS (*Istituto per la Ricerca Sociale*), à partir de 1995.

<sup>22</sup> La revue de *Psichiatria democratica*.

<sup>23</sup> À ce matériau, on doit ajouter des travaux menés sous l'égide de l'Organisation Mondiale de la Santé au cours des années 1950 et 1960.

**Tableau des matériaux pris en compte dans l'enquête**

<b>Types de matériaux</b>	<b>Auteurs</b>	<b>France</b>	<b>Italie</b>	<b>Période</b>
Textes législatifs et réglementaires	Acteurs politiques	Corpus SAME (92 textes)	Corpus DISAME (283 textes)	1960-2010
Entretiens ou réponses à des questions ouvertes	Patients et proches (contactés à partir de réseaux associatifs)	12 entretiens (patients)	192 questionnaires (questions à réponses ouvertes - patients et proches)	De nov. 2010 à juin 2012
Articles de revues	Professionnels (psychiatres, psychologues, infirmiers, administrateurs, etc.)	<i>L'Information Psychiatrique</i>	- <i>Prospettive Sociali e Sanitarie</i> - <i>Fogli d'Informazione</i>	Entre 1967 et 1985

### 2.2.3 Comment étudier les matériaux ?

On a procédé au croisement de ces matériaux en essayant de tirer profit au maximum de la portée du langage dans les processus de construction sociale (Leimdorfer, 2010). Si dans un premier temps on a approché les trois types de matériaux par la lecture, dans un deuxième temps, un outil informatique a aidé l'analyse des deux corpus réglementaires, des entretiens et des réponses aux questions ouvertes du questionnaire. On a choisi de travailler sur ces matériaux par la démarche d'analyse proposée par Chateauraynaud (2003).

En croisant informatique et sociologie, cette démarche propose de se concentrer sur une controverse ou sur une affaire qui s'étend sur plusieurs années et dans laquelle intervient une foule d'acteurs très influents qu'il faut suivre<sup>24</sup>. Au travers de cette multitude d'acteurs qui s'associent, se disputent, se critiquent, surgissent ou disparaissent, cette affaire s'organise comme une véritable société qu'il faut décrire dans les moindres détails. À partir de la collection minutieuse des textes que des acteurs rédigent à propos de la controverse ou de l'affaire en question, on doit pouvoir déployer les entités que ces acteurs considèrent centrales ou périphériques et auxquelles ils attribuent rôles et pouvoir dans la délégation de soins. De ce fait, un statut d'acteur-auteur leur est attribué par l'analyse, afin de rendre compte de leur

<sup>24</sup> « Suivre les acteurs », sans nullement se substituer à eux, est l'impératif commun à la sociologie de la traduction ou sociologie de l'acteur-réseau, et à la sociologie pragmatique. De notre part, le choix de cette démarche repose sur le croisement entre la problématique de la délégation de soins et la perspective pragmatique qu'on a choisi d'utiliser.

participation à cette affaire. Le texte (ou le discours retranscrit) est considéré comme un dispositif d'expression, au carrefour de quatre orientations : 1) un espace de représentation car le texte décrit un état de choses, mobilise des êtres et des relations, constitue l'univers défini par les auteurs. 2) un récit car le texte raconte une histoire peuplée d'acteurs, d'événements, de transformations. Ce niveau s'inspire du narrativisme allant de Greimas à Ricœur et à l'analyse des récits ; 3) un dialogue car le texte instaure une relation dialogique qu'on perçoit nettement dans le cas d'un entretien et peut être caractérisé par des relations de polyphonie lorsque plusieurs auteurs les rédigent 4) enfin, une argumentation car le texte est porteur de marques discursives finalisées visant à convaincre, accuser, défendre ou critiquer, fixer, relativiser ou généraliser.

Dans cette approche, les textes ne se constituent pas à proprement parler de « données textuelles »<sup>25</sup> mais de collections variées et constituées de différents types de textes. Pour les analyser, il s'agit de transférer l'affaire qui fait l'objet de l'enquête dans l'ordinateur pour le soumettre à toutes sortes d'explorations et de confrontations. Le logiciel Prospéro<sup>26</sup> a été conçu pour supporter techniquement cette exigence de catégorisation, de calcul et de suivi. Comme l'intérêt de ce travail n'est pas de comparer des logiciels, on renvoie le lecteur plus intéressé à d'autres travaux sur cette question<sup>27</sup>. On préfère parler plutôt d'approches de recherche et rappeler qu'il existe, dans le panorama des outils de traitement de données langagières, non pas seulement un clivage entre logiciels d'inspiration lexicométrique (Lebart et Salem, 1994) et d'autres exclusivement qualitatifs<sup>28</sup>, mais également des emplois qui visent des objectifs de connaissance différents (expliquer ou explorer). Une intégration est vivement souhaitée, particulièrement en Italie où, au cours des dernières années, s'est développé un débat sur la relation entre méthodes qualitatives et quantitatives (Cipolla et De Lillo, 1996 ;

---

<sup>25</sup> C'est pourquoi on n'utilise pas des matrices de répartition lexicale permettant des tris croisés, des analyses factorielles des correspondances pour analyser les textes.

<sup>26</sup> PROgramme de Sociologie Pragmatique, Expérimentale et Réflexive sur Ordinateur (© Doxa) – conçu par Francis Chateauraynaud et Jean-Pierre Charriau. Il est actuellement développé par le GSPR, Groupe de Sociologie Pragmatique et Réflexive de l'École des Hautes Études de Paris et par l'association DOXA.

<sup>27</sup> La référence classique en langue française, sur ces questions, est l'article de Jenny (1997). De plus, on peut consulter l'article de Leimdorfer et Salem (1995) et l'ouvrage de Demazière, Brossaud, Trabal et Van Meter (2006). En langue italienne, on consultera della Ratta-Rinaldi, (2000 ; 2008) et Cutillo et Bolasco (2004). D'autres contributions peuvent être consultées sur le site internet des Journées Internationales d'Analyse des Données Textuelles.

<sup>28</sup> La famille la plus représentative de ces logiciels est désignée par l'acronyme CAQDAS pour « *Computer Assisted Qualitative Data Analysis Software* ». Les utilisateurs de ces logiciels se réclament de la « *théorie ancrée* » de Barney Glaser et Anselm Strauss (2010).

Cipriani et Losito, 2008)<sup>29</sup>. Prospéro propose une solution à ce clivage récurrent dans l'analyse de textes et de discours, en combinant une approche lexicographique et une approche herméneutique. Cette combinaison permet la codification et la construction interactive de catégories et de classes sémantiques, pour ensuite effectuer des décomptes de fréquences et des comparaisons de séries temporelles<sup>30</sup>. Ainsi, la démarche qui sous-tend le logiciel Prospéro n'est pas directement concurrente de celle qui s'inspire de la statistique textuelle. De plus, Prospéro n'impose pas de contraintes particulières en ce qui concerne la constitution du corpus. La seule contrainte réside dans le fait qu'un texte doit avoir un auteur et une date<sup>31</sup>, ce qui n'est pas le cas des logiciels qui se réclament de l'approche lexicométrique issue de l'école de Benzécri. Comme cette approche a pour objectif de détecter des différences entre des formes lexicales sur-représentées et des formes sous-représentées, la nature quantitative des décomptes à effectuer sur celles-ci oriente la constitution du corpus. Cela implique, par exemple, que les parties du corpus doivent être le plus possible homogènes entre elles en termes de taille. Si l'analyse porte sur un ouvrage de 100 000 formes graphiques, subdivisées en 10 chapitres, il est souhaitable que les chapitres aient tous la même longueur, soit 10 000 formes graphiques. Dans l'approche de Prospéro, la question de la taille n'est pas une contrainte pour la constitution des parties du corpus. De plus, en ce qui concerne les conditions de production des textes, le même corpus peut contenir articles de presse et articles scientifiques, textes réglementaires et forums internet, rapports d'expertises, etc. Ainsi, Prospéro permet d'accompagner le travail de lecture et d'analyse du chercheur, sans le remplacer complètement. Cet accompagnement se traduit par des séries de cheminements et en avançant « par *essais et erreurs* ». Au cours de ce travail, il s'agit de formuler des hypothèses et de les tester à partir de ce que les acteurs disent dans les énoncés et au cours du temps.

Avant tout traitement statistique, l'analyse commence par le codage de substantifs, verbes, adjectifs, adverbes articles, nombres : *Entité* pour les substantifs, *Épreuve* pour les verbes, *Qualité* pour les adjectifs, *Marqueur* pour les adverbes, *Mot-outil* pour les articles, *Indéfini* pour les suites non reconnues de caractères, *Nombre* pour les chiffres. Cette phase préliminaire se résume par le typage automatique de ces éléments et par la présence de

<sup>29</sup> Voir également, Cipriani et Bolasco (1995). Sur la recherche qualitative, on consultera Cipriani (2008) et Gobo (2008).

<sup>30</sup> Plusieurs publications ont tiré profit de ce logiciel. À titre d'exemple, on peut citer ici le travail de Boltanski et Chiapello (1999).

<sup>31</sup> « De notre point de vue, les instruments doivent se soumettre aux objets étudiés et non le contraire » (Chateauraynaud, 2003 : 62).

dictionnaires en français qui discriminent verbes, adjectifs, adverbes, articles, etc. Ensuite, on pourra commencer une étape de construction de catégories de niveaux plus complexes<sup>32</sup>. Les objets traités à l'aide de ce logiciel gravitent autour de l'analyse des controverses et des mobilisations collectives à partir d'une multitude d'acteurs et de contributions allant jusqu'à 4 000 textes. Dans notre cas, la portée de l'analyse sera moins importante. Des limites en effet restent tout de même insurmontables, du moins en ce qui concerne le dossier choisi pour ce travail : on ne peut que suivre en partie les acteurs qui ont participé à sa constitution. Combien de corpus faut-il constituer pour bien représenter les acteurs qui ont participé à une politique nationale de santé mentale ? La presse ? les associations ? les firmes pharmaceutiques ? la médecine générale ? le monde de la psychothérapie et de la psychanalyse ? les formations des professionnels ? Combien d'arènes faudrait-il prendre en compte pour n'exclure personne supposée composer ce monde ? Un projet de longue haleine pourrait être envisagé visant à constituer d'une façon continue un ou des dossiers « santé mentale » rassemblant plusieurs auteurs.

Avant de passer au prochain chapitre, qui présentera les résultats issus du travail sur les corpus réglementaires et législatifs, on doit prendre le temps de détailler la démarche suivie pour constituer ces matériaux et de procéder à une première description de leurs caractéristiques.

### **2.3 Les corpus *DIpartimenti SALute MEntale* (DISAME - Italie) et SANTé MEntale (SAME - France)**

L'hypothèse selon laquelle on peut saisir entités et institutions par les textes réglementaires a orienté la constitution d'un premier matériau d'étude : un corpus de textes réglementaires et de lois pour deux cas à étudier. En France, par exemple, le législateur a institué et permis à des associations d'activer des groupes d'entraide mutuelle (GEM). Sans cet acte, cette forme de délégation à un dispositif non médical ne peut avoir lieu. Pour le cas italien, cette attribution de pouvoir n'est pas prévue. Mais comment constituer un corpus, le plus représentatif possible, d'une politique de santé mentale ? Comment délimiter ce domaine et choisir les textes réglementaires les plus pertinents ? Loin de rassembler

---

<sup>32</sup> Par la création d'un « Être-fictif », on peut rassembler, différentes étiquettes qui désignent la même réalité. Ainsi, l'« ETAT CENTRAL » sera une catégorie constituée par « administration centrale », « administrations centrales », « gouvernement », « pouvoirs publics », « Pouvoirs publics », « les autorités centrales », etc. Ensuite, on pourra étudier la présence de cette catégorie dans le corpus, les associations avec d'autres catégories, les types d'actions, des collections, etc.

seulement les lois les plus médiatisées dans les débats publics, le travail de constitution du corpus est une vraie enquête préliminaire qui vise à ne négliger aucun texte, même les textes périphériques du domaine. Au cours de ce travail et après une étude sur les acteurs politiques nationaux chargés de légiférer, réglementer et fournir des recommandations en matière de santé mentale, on a fixé des critères qui ont permis la sélection de textes constituant les deux corpus analysés<sup>33</sup>.

### 3.3.1 La constitution des corpus

Il n'existe pas de règle d'or pour constituer un corpus de textes car il s'agit de trouver un point d'équilibre entre délimitation de l'objet d'étude et quantité de matériaux permettant de représenter cet objet. Pour rechercher cet équilibre, il faut mener une enquête à part entière. Comme pour toute enquête, constituer un corpus comprend au moins trois étapes : la définition et l'encadrement théorique d'un objet d'étude, une démarche de collecte et d'analyse d'informations et de données, et des résultats. Ce travail précède tout usage d'un logiciel. Examinons les principaux critères qui ont guidé la constitution des corpus.

En premier lieu, un critère lexicométrique : afin de sélectionner dans les bases de données officielles les textes relatifs à la problématique, on a fait appel à deux expressions-clés. Après plusieurs tentatives, le résultat a concerné une première sélection de textes dans lesquels les expressions suivantes étaient présentes au moins une fois : *Santé Mentale* et *Sectorisation psychiatrique* pour le français ; *Salute mentale* et *Assistenza psichiatrica* pour l'italien<sup>34</sup>. Une lecture attentive des titres des textes sélectionnés au cours de ce premier pas, a montré combien le seul critère lexicométrique est insatisfaisant. D'un côté, on peut sélectionner des textes qui portent sur des objets socialement et historiquement associés à la santé mentale (l'alcoolisme, les drogues ou la psychiatrie infanto-juvénile) mais qui ne délimitent pas exactement un corpus tel qu'on l'avait envisagé au départ. De l'autre, on risque d'oublier des textes qui sont considérés généralement importants par rapport à cette question mais qui ne sont pas dans la liste des textes sélectionnés. En effet, on ne retrouve pas dans ces textes l'emploi des expressions choisies avec le critère lexicométrique. La fameuse loi

---

<sup>33</sup> Les analyses sont opérées sur des textes de lois et des textes réglementaires rédigés par différents auteurs dans la période 1960-2010. Les textes constituant le corpus, sont extraits des bases de données officielles mises en ligne sur deux sites internet nationaux : [www.legifrance.fr](http://www.legifrance.fr), pour la France, et [www.normattiva.it](http://www.normattiva.it), pour l'Italie.

<sup>34</sup> Pour la France, on a essayé préalablement une sélection à partir des expressions *services psychiatriques*, *services de santé mentale*, *secteurs psychiatriques*. Même chose pour l'Italie avec *Dipartimenti di salute mentale* et *servizi psichiatrici*.

italienne n° 180 par exemple, réformant l'assistance psychiatrique en 1978, n'est pas sélectionnée à ce stade, ni la loi française en faveur des personnes handicapées du 11 février 2005<sup>35</sup>. Dans ces cas, des lois peuvent être éliminées et d'autres ajoutées dans cette première liste.

www.normattiva.it/advanc... www.normattiva.it/comm... Recherche experte des textes

www.legifrance.gouv.fr/initRechExpTexteJorf.dojsessionid=FEA5BCF75A1D8D5DAAA13363A6AEF0F0.tpdjo12v\_1?from=legi

Questa pagina è in francese Vuoi tradurla? Traduci No Non tradurre mai francese Opzioni

Legifrance.gouv.fr

Accueil > Les textes législatifs et réglementaires > Recherche experte des textes publiés au JORF

Recherche experte des textes publiés au JORF

Informations sur le texte

Nature du texte  Ex: 58-776 ou 2001-1066

Numéro du texte  Ex: ECOX9800017L

NOR

Date de signature Jour Mois Année (1)

Période de (1) à (2) Jour Mois Année (2)

Date de publication Jour Mois Année (1)

Période de (1) à (2) Jour Mois Année (2)

Informations sur l'article

Numéro de l'article  Uniquement pour les textes publiés à partir du 1er janvier 2002

Émetteur

Ministère

Autorités

Recherche textuelle

santé mentale

expression  tout  ET

à proximité  mot(s) du titre  ET

à proximité  mot(s) du titre  ET

à proximité  mot(s) du titre  SAUF

Rechercher Effacer Aide

À propos du site | Plan du site | Nous écrire | Établir un lien | Mise à jour des textes

Figure 1. Capture d'écran concernant la sélection de textes à partir de l'expression « santé mentale »

<sup>35</sup> Il s'agit de la loi n° 2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

**Figure 2. Capture d'écran concernant la sélection de textes à partir de l'expression « *assistenza psichiatrica* »**

En deuxième lieu, un critère logique. On s'est interrogé sur les autres dispositifs institutionnels de production de normes et de recommandations qui peuvent fixer les valeurs, les actions et les priorités d'une politique nationale de santé mentale. Pour le corpus italien, on ne pouvait pas négliger la production législative régionale<sup>36</sup> et les travaux de *la Conferenza Stato – Regioni* (Conférence permanente pour les échanges entre l'État et les Régions). Ces questions sont, en même temps, coordonnées et suivies par cette conférence, lieu institutionnel permanent d'échanges, de négociations et de coopération entre l'autorité de l'État central et les autorités régionales. De plus, pour sélectionner les textes réglementaires régionaux on a utilisé les mêmes expressions présentées ci-dessus à partir du site internet publiant les normes sanitaires : [www.normattivasanitaria.it](http://www.normattivasanitaria.it).

En troisième lieu, afin de n'exclure aucun texte jouant un rôle important dans la législation de ces services, on a consulté plusieurs manuels relatifs à ce sujet<sup>37</sup>. On a ainsi ajouté des textes qui n'étaient pas sélectionnés au travers des critères précédents. Le dernier critère est de type qualitatif. Une dernière lecture des titres et, si nécessaire, du contenu de

<sup>36</sup> En Italie, les questions de santé sont, parmi d'autres, déléguées aux Régions qui en détiennent le pouvoir législatif. Sur la décentralisation du système de santé italien voir le numéro 32 de la *Revue Sociologie Santé* entièrement dédié à ce thème et coordonné par des chercheurs italiens.

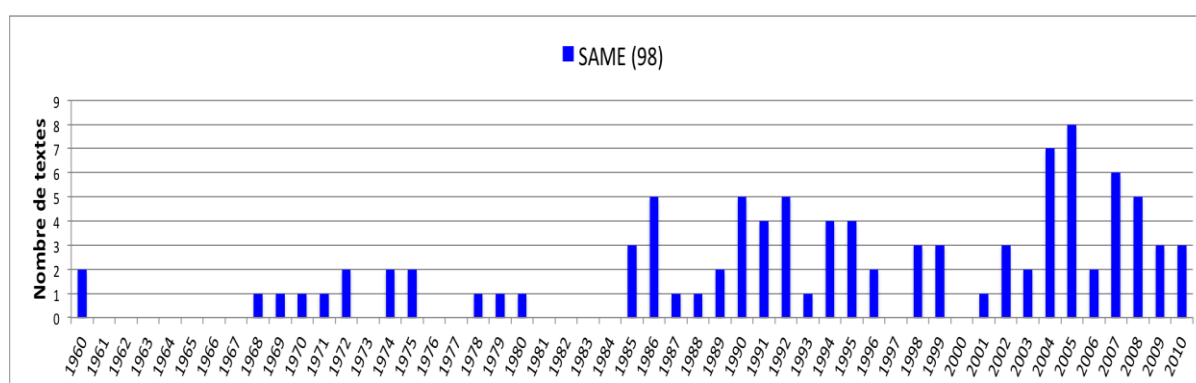
<sup>37</sup> Pour la France, celui de Godfryd (2001) et pour l'Italie Fioritti (2002).



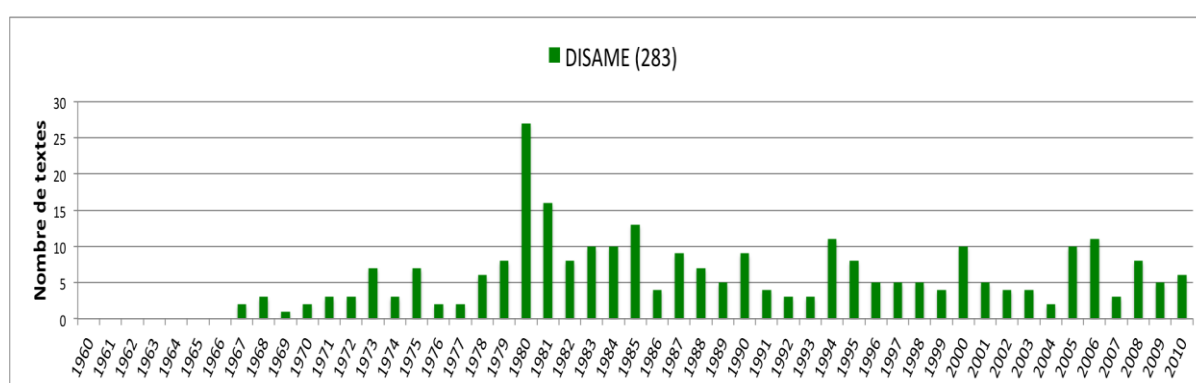
certaines lois a permis de supprimer des textes hors sujet ou des textes dans lesquels les expressions utilisées étaient associées à des questions que l'on ne voulait pas prendre directement en compte dans l'analyse. Ainsi, on a exclu tous les textes qui faisaient référence par leur titre, à la *psychiatrie infanto-juvénile*, à l'*alcool* et à la *drogue*<sup>38</sup>.

### 3.3.2 Trajectoires, périodes et auteurs des deux corpus (SAME et DISAME)

Étudier la délégation de soins dans nos deux études de cas suppose de considérer, dans nos corpus, le chemin suivi par la question psychiatrique. Cela permettra de comprendre les variations temporelles de sa réglementation et l'institution de pratiques d'intervention d'État. Une façon simple de représenter ce chemin, consiste à visualiser la trajectoire des textes du corpus. Pour cela, on peut recourir à un diagramme temporel qui permet de saisir l'importance différenciée des contributions retenues pour la constitution des deux corpus, objets d'analyses.



Graphique 1. Chronologie du nombre des textes par année, du corpus SAME (France)



Graphique 2. Chronologie du nombre des textes par année, du corpus DISAME (Italie)

Ces graphiques permettent de délimiter des périodes relativement muettes, caractérisées par une activité nulle ou limitée de production de textes ; des périodes pleines où

<sup>38</sup> Le Corpus DISAME contient 283 textes, soit un volume de 20142158 octets. Le corpus SAME contient 98 textes, soit un volume de 6523112 octets.

l'on voit un surgissement moyen de la question par la production de textes et des périodes intenses visibles par exemple dans les pics d'un graphique. Ainsi, si l'on regarde l'évolution des deux corpus selon la ligne du temps, on observe une première trajectoire commune qui concerne la période creuse des années soixante ; une deuxième représentant une importante production réglementaire pour l'Italie qui surgit de manière spectaculaire en 1980 alors qu'elle est encore faible en France où le premier pic d'activité n'intervient qu'en 1986<sup>39</sup> ; une troisième, à partir des années quatre-vingt-dix, où l'affaire se stabilise dans les deux pays en suivant une trajectoire presque parallèle avec des hauts et des bas. Ces trois périodes : 1960-1969, 1970-1989, 1999-2010, feront l'objet des trois prochains chapitres (3, 4 et 5).

Pour mieux saisir les différents degrés du travail politique, on peut diviser chaque corpus en cinq décennies<sup>40</sup>, et attribuer chacune de ces décennies une classe selon le nombre de textes réglementaires rédigés. Ainsi, « creuse », « pleine » et « intense », constituent des catégories qui différencient les périodes par quantité de textes produits.

	DISAME (Italie)		SAME (France)	
Période	Nombre de textes	Classe	Nombre de textes	Classe
60-69	6	creuse	4	creuse
70-79	43	pleine	11	creuse
80-89	109	intense	12	creuse
90-99	57	pleine	31	intense
00-10	68	pleine	40	intense

**Tableaux 1. Pour l'attribution de chaque période à une classe, on a divisé en trois parties les deux distributions**<sup>41</sup>

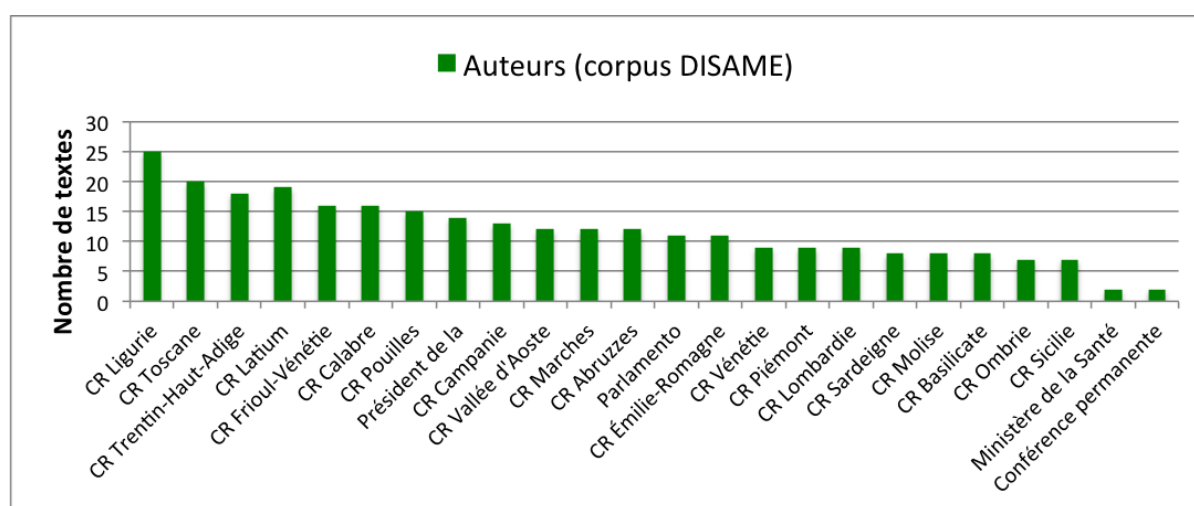
Mais ces trajectoires et ces périodes concernent des textes rédigés par des auteurs qui n'ont pas les mêmes statuts. Prise et représentée à partir d'un corpus de textes réglementaires, la réglementation de la question psychiatrique n'est jamais le produit d'une prise de parole décontextualisée : un autre niveau de description des corpus doit concerner ces statuts. Il est alors nécessaire de revenir sur les auteurs qui ont contribué à ce travail sans négliger les contraintes, propres à l'architecture institutionnelle des deux pays, qui pèsent sur leur prise de

<sup>39</sup> De plus, si pour la première, il s'agit d'une activité bien délimitée au cours d'une année car ce degré de présence ne se répètera plus jamais, pour la seconde on a une présence constante et étalée dans le temps.

<sup>40</sup> À différence des autres, la période 00-10, compte 11 ans au lieu de 10.

<sup>41</sup> Cette division permet de définir, pour chaque corpus, des limites inférieures et supérieures des classes creuse, pleine et intense : 6-40, 41-74, 75-109 pour DISAME ; et 4-16, 17-28, 29-40 pour SAME.

parole. Pour cela, il n'est pas nécessaire de refaire l'histoire du pouvoir législatif et de ses institutions, en France et en Italie. Au contraire, il s'agit de rester ancré à la question pour voir quels sont les acteurs qui ont pris position. Aborder qui a contribué au corpus et à quel moment nous permet d'avancer dans l'analyse et mieux connaître la question psychiatrique. À partir d'une simple représentation du statut des acteurs du corpus DISAME (figure 2), par exemple, on voit une participation importante d'acteurs locaux, les Conseils Régionaux (CR). Ceux-ci s'opposent, par statut, au pouvoir central de la République Italienne, le Parlement, le Président de la République et, une instance récemment instituée, la Conférence des Régions et des Provinces Autonomes. Les deux configurations permettent de représenter les textes en fonction de leur lieu de production : la ville de Rome<sup>42</sup> s'oppose ainsi aux 22 Chefs-lieux de régions où sont promulgués ces textes réglementaires. Cet ancrage géographique peut sembler un détail si on oublie que les textes promulgués dans les villes chefs-lieux ne concernent pas les mêmes personnes et n'ont donc pas les mêmes conséquences sur les publics.

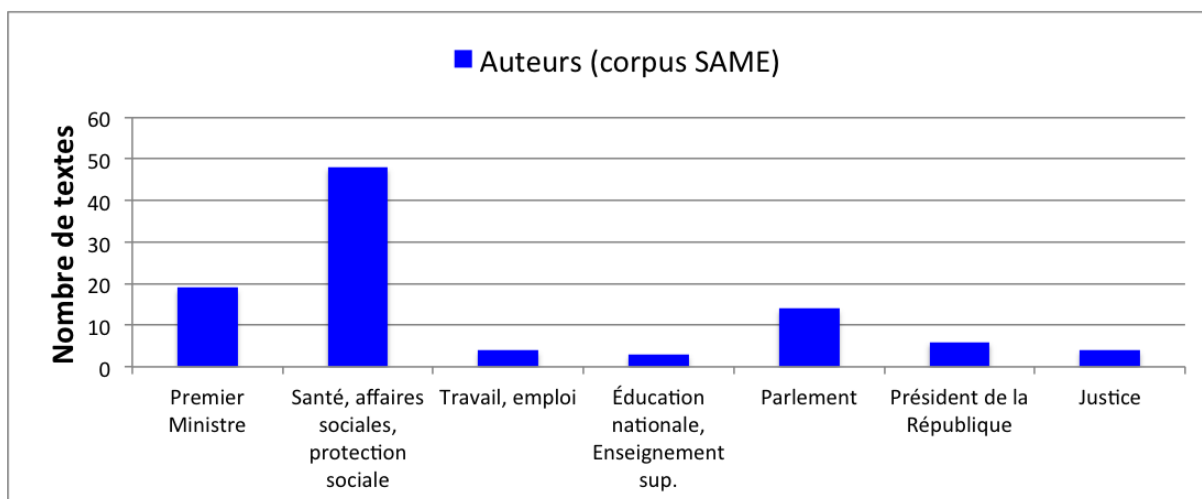


Graphique 3. Les auteurs du corpus DISAME, par nombre de textes produits<sup>43</sup>

En ce qui concerne le corpus SAME, on ne voit pas émerger cette différence. Tous les textes sont rédigés par des acteurs institutionnels « centraux », qui relèvent des institutions nationales : Président de la République, Parlement, Premier Ministre, Ministres. Le centralisme est une des caractéristiques de l'administration française à laquelle la question psychiatrique n'échappe pas.

<sup>42</sup> En étant la capitale et le chef-lieu régional, Rome réunit à la fois le pouvoir central et le pouvoir local de la Région Latium.

<sup>43</sup> « CR » est l'acronyme de « Conseil Régional ».



**Graphique 4. Les auteurs du corpus SAME (le calcul concerne le premier auteur du texte)**

La différence entre les auteurs des corpus SAME et DISAME ne surprend pas : elle dépend de la différente architecture institutionnelle des deux pays. Par ailleurs, ce qui est intéressant de signaler ici, c'est que les contraintes imposées par la décentralisation et le centralisme traversent les discours des acteurs et les pratiques professionnelles. On peut conclure en citant Roger Gentil, l'un des psychiatres qui a participé aux premières expériences de désinstitutionalisation en France. Sur ce dernier point, il fournit un récit intéressant. En discutant avec Franco Basaglia, psychiatre italien, dans une rencontre organisée par l'*Istituto di Cultura Italiano* sur l'assistance psychiatrique en France et en Italie, Gentil dit : « Un autre aspect de la situation qui paralyse l'évolution de la psychiatrie en France, c'est le considérable centralisme administratif. Je connais assez mal la situation italienne, mais je crois que vous avez plus de latitude au niveau provincial et au niveau local. En France, tout est centralisé : l'Administration exerce une pression à laquelle il est difficile d'échapper. » (1979 : 163 -164).

## Conclusion

Si l'on veut porter des « regards croisés » de manière réflexive sur les manières de faire appel à des spécialistes de la santé mentale, on ne peut pas négliger les contraintes pragmatiques qui pèsent sur cette démarche. Au cours de ce chapitre, on a essayé d'en délimiter trois types, tous imbriqués. Premièrement, on a suggéré de prendre en compte d'où l'on regarde et le point de vue du chercheur avec toutes ses caractéristiques. Cela permet de ne pas théoriser une position surplombante qui s'érigerait au-dessus des acteurs que l'on veut étudier. Deuxièmement, à partir de la délimitation de l'objet d'étude, on peut définir les cas

qui doivent représenter des variabilités. On a considéré la délégation de soins comme la conséquence d'un travail politique dont la définition s'inscrit dans la longue durée et l'action collective. Avec cette délimitation, un cas devrait représenter une configuration singulière de plusieurs points de vue (acteurs politiques, professionnels, patients et proches) qui se sont croisés au cours du temps. Troisièmement, ce processus amène à collecter et analyser plusieurs types de matériaux conçus, produits et collectés à diverses échelles (internationale, nationale et locale) afin de représenter tous les acteurs concernés.

Différemment de la comparaison par variables, la démarche par « regards croisés » se soucie de significativité et non de représentativité. Elle vise la production d'une connaissance socio-historique qui s'appuie sur un raisonnement par cas et qui est résolument inductive et processuelle. De ce point de vue, regarder de « manière croisée » ne veut pas dire comparer terme à terme des entités qu'on suppose équivalentes entre elles. Il s'agit de négocier entre les différentes significations attribuées au même type d'expérience (dans le cas d'espèce, s'en remettre à un spécialiste de la santé mentale), dans deux sociétés qui ne partagent pas la même langue et la même culture.

Fabio Marcodoppido. S'en remettre à un spécialiste de la santé mentale

## **Deuxième partie**

### **Un problème public et ses épreuves : la question psychiatrique entre « lutter contre » ou « *tutelare* » (protéger) (1960-2010)**





## **Chapitre III. Une période creuse mais à effet différé : genèse d'une politique publique (1960-1969)**

### **Introduction**

À un premier niveau, toute période muette ou creuse d'un corpus peut être banalement interprétée comme le résultat des critères utilisés par le chercheur pour constituer son corpus. On pourrait rester à ce premier niveau pour expliquer la faible présence de textes dans la première décennie de DISAME et SAME<sup>1</sup>. Mais comme la sélection des textes d'un corpus suppose toujours un travail d'enquête préliminaire - documentation et historicisation de l'analyse -, à un deuxième niveau, toute période silencieuse ou creuse peut être l'indice d'une absence qui doit être interrogée et contextualisée, d'autant plus s'il s'agit d'un corpus de textes réglementaires. Sans le travail d'enquête préliminaire à l'analyse socio-informatique, on risquerait de négliger controverses et disputes qui ont précédé la mise en loi d'un problème public. Ainsi, dans ce chapitre, on montrera comment cette absence renvoie à deux dynamiques qui ont préparé les réformes des années suivantes :

- un *travail politique international* qui est fait en amont et au cours des années 1960 sur la question psychiatrique. À l'absence de textes nationaux, s'oppose ici la présence de rapports et de documents de l'Organisation Mondiale de la Santé sur la santé mentale. Ces textes placent la question psychiatrique à l'échelle internationale et définissent, pour les États qui s'engagent à prendre en charge cette question, des épreuves à traverser. L'existence de ces textes permet d'interroger les corpus DISAME et SAME pour savoir de quelle manière le travail de l'OMS a été repris par les réformes nationales sanitaires et psychiatriques.

- un *travail politique national* qui est fait en amont et pendant la promulgation des textes réglementaires de la première décennie des corpus. La mise en loi est ici tant le point d'arrivée d'une mobilisation locale caractérisée par des rapports de force que le point de départ pour une normalisation de pratiques de soins. Ce travail met l'accent sur le registre de

---

<sup>1</sup> Voir, à ce propos, les Graphiques 1 et 2 qui représentent la chronologie du nombre des textes par année des corpus.

l'expérimentation de nouveaux dispositifs institutionnels et de la critique de l'asile psychiatrique, dans les expériences locales menées en France et en Italie. L'analyse de ces deux dynamiques permettra, dans un premier temps, d'encadrer la dimension internationale dans la genèse de la question psychiatrique comme problème public ; et dans un second temps, de démarrer des premières pistes d'interprétation sur la façon dont l'Italie et la France ont défini leurs politiques publiques sur la délégation de soins.

### **3.1 Une lutte à l'échelle internationale et ses épreuves futures. Le travail de l'Organisation Mondiale de la Santé dans la lutte contre les maladies mentales**

Dès sa fondation, en l'année 1948, l'OMS travaille la question psychiatrique dans un cadre mondial. Plusieurs rapports et documents sont commandités et publiés à ce propos : les premiers sont issus des travaux du Comité d'experts de la Santé Mentale qui se réunit entre 1949 et 1974, seize fois ; les seconds, sont rédigés par des scientifiques et des cliniciens. Si les premiers travaux se présentent comme une série de recommandations de portée générale, les seconds portent sur des thèmes en lien avec cette question ou des expériences de terrain<sup>2</sup>. Tous deux, fournissent un corpus intéressant pour comprendre comment cette Organisation a déplacé, au niveau international, la question psychiatrique. Certes, le déplacement au niveau international n'est pas déconnecté des échanges nationaux des acteurs de l'époque. Il constitue néanmoins la première tentative institutionnelle visant à partager et à fixer un espace commun de dialogue à l'échelle mondiale. Actions, priorités et thèmes seront proposés pour donner lieu à des réformes psychiatriques nationales. De ce point de vue, le chemin de la mise en loi de la question psychiatrique, ne suit pas la trajectoire traditionnelle des problèmes publics, qui va du micro au macro. Elle procède plutôt en direction inverse et complémentaire, du macro au micro<sup>3</sup>. Or, il ne s'agit pas de revenir en détail sur tous ces

---

<sup>2</sup> Nicolas Henckes reconstruit la composition et les caractéristiques de ce Comité d'experts (2007 : 500-512). Au total, et à l'exception des deux premiers comités et du dernier, le nombre oscille de 10 à 16 membres et la majorité de ceux-ci ne participe qu'à une session de travail. Les membres sont choisis à partir des réseaux que l'OMS elle-même a constitués, et ils ne représentent pas les États membres de l'organisation. Les pays occidentaux dominent sa composition et la France est avec, 7 membres, le troisième pays le mieux représenté. La quasi-totalité des membres sont des médecins et la plupart des universitaires ou des représentants des administrations de la santé de leur pays d'origine. À partir des rapports publiés sur le site internet de l'OMS, aucun membre italien semble avoir participé aux travaux de ce comité.

<sup>3</sup> Robert M. Emerson et Sheldon L. Messiger (1977) ont tracé une « histoire naturelle » de la « micro-politique du trouble » qui va du trouble personnel au problème public. Pour que l'analyse de ce processus soit complète, on doit pouvoir aussi faire le chemin inverse et décrire, pas à pas, comment l'institutionnalisation d'un problème public permet d'acheminer des nouveaux individus vers des spécialistes. Sur comment les problèmes publics deviennent des préoccupations à l'échelle internationale comme, par exemple, dans l'Union européenne, voir Campana *et alii*, (2007).

textes. Ce qui intéresse, ici, c'est de résumer les épreuves que l'OMS suggère d'affronter à l'échelle nationale, afin de développer une action publique sur la question psychiatrique. Même si ces textes n'ont pas de conséquences juridiques directes dans les affaires nationales, leur portée argumentative, vu la légitimité accordée à cette organisation, n'est pas négligeable. Sans vouloir résumer la portée de ces « recommandations », on peut néanmoins les rassembler en trois épreuves majeures : normaliser la question psychiatrique, prévenir et soigner, quantifier.

### **3.1.1 Normalisation**

Une première épreuve, recommandée et argumentée par l'OMS, consiste à normaliser la question psychiatrique, ses institutions et ses pratiques, par deux mouvements. La normalisation exige, d'abord, de reformuler la question comme une question de santé publique et, ensuite, d'énoncer un principe d'égalité entre la prise en charge de la question psychiatrique et celle de la santé physique - égalité qui doit s'élargir à tous les éléments concernant ces deux mondes. Une fois acceptés ces deux mouvements, la normalisation va donner lieu à une série de conséquences sur l'action des acteurs. On peut maintenant détailler mouvements et conséquences.

Considérer une question comme relevant de la santé publique présuppose un consensus sur le fait que cette question touche, directement par la notion de maladie ou indirectement par la notion de risque, la collectivité. Comment, en effet, peut-on qualifier sous le terme « publique » une question qui concerne exclusivement un groupe restreint de personnes ? Mais pour établir ce consensus, il n'est pas suffisant de différencier, même de manière générale, les personnes malades des personnes non malades, ou celles qui sont à risque d'une maladie de celles qui ne le sont pas. Le consensus doit pouvoir s'établir sur le fait que des agents pathogènes ou potentiellement menaçants, interagissent sur un état de santé normal et commun à toute la collectivité. Pour inscrire la question psychiatrique dans les pratiques de santé publique, il fallait trouver une notion autant transversale et collective que celle de santé physique. Et cette notion a été celle de santé mentale. On a ainsi chargé la question psychiatrique de normalisation pour énoncer l'égalité entre la prise en charge du mental et celle du psychique dans les programmes de santé publique.

Le Comité estime, en conséquence, que le principe le plus important pour l'activité à long terme de l'OMS est d'encourager l'inscription, dans les programmes de santé

publique, de l'obligation de sauvegarder la santé mentale de la collectivité au même titre que sa santé physique. (OMS, 1950 : 7)

Si dans cet énoncé le marqueur « *au même titre que* » signale, sur le plan argumentatif, une relation de parité dans la sauvegarde de la santé physique et de la santé mentale, ce n'est qu'à partir des actions promues et proposées par l'OMS qu'on peut apprécier la portée de cette parité et de ses conséquences. Premièrement, en vue de la normalisation de la question, on doit revisiter les termes et les législations. En rappelant les expériences innovantes menées en Grande-Bretagne, le Comité souligne cet aspect pour montrer les conséquences sur la perception des personnes.

Le changement presque universel des termes appliqués aux institutions pour malades mentaux est à cet égard significatif. Dans beaucoup de langues l'expression « hôpital psychiatrique » (ou son équivalent) a remplacé les mots « asile d'aliénés » ou « maison de fous », qui suggéraient des lieux de détention et qui, en tant que tels, avaient pris un sens péjoratif. [...]. L'hôpital psychiatrique commence donc à être considéré au même titre que l'hôpital général, comme un centre de traitement plutôt qu'un lieu de détention. (OMS, 1950 : 21)

Traitement et détention, en effet, sont normalement inconciliables dans un lieu comme l'hôpital. Ainsi, déplacer la sémantique du monde psychiatrique vers celui de la santé publique, exige de diminuer la place du judiciaire pour augmenter celle du sanitaire. Or, seulement une nouvelle législation peut redistribuer les rôles de l'un et de l'autre en direction, par exemple, de l'humanisation des lieux de soins et d'une moindre judiciarisation des pratiques de délégation de soins. De plus, prévoir de nouvelles législations a des conséquences directes sur la perception de normalité de la population générale.

La manière dont la législation considère les malades mentaux a une influence normative sur la société. [...] Par exemple lorsque les dispositions légales exigent que les personnes mentalement déficientes soient arrachées à leur sphère normale de vie, les attitudes de rejet adoptées par la société s'en trouvent probablement renforcées. [...] Là où la législation impose une procédure juridique stricte avant tout traitement dans un hôpital psychiatrique, on ne saurait guère espérer que la population considère les malades mentaux comme des malades ordinaires. (OMS, 1955, 37)

La principale critique qui s'impose est que l'on accorde trop d'importance à des considérations purement juridiques, au détriment des considérations médicales. Dans beaucoup de pays l'admission dans un hôpital psychiatrique exige de nombreuses formalités légales et juridiques. Dans certains cas, le malade doit d'abord être mis en état d'arrestation par la police et incarcéré, en attendant sa comparution devant un juge ou un magistrat qui le déclarera aliéné. Un autre système, à peine moins critiquable que la comparution devant un juge, consiste à confier aux seules autorités administratives le pouvoir d'autoriser l'hospitalisation des malades mentaux. [...] Rares sont les pays qui autorisent les malades mentaux à se faire hospitaliser sur une

base réellement volontaire, et plus rares encore sont ceux qui accordent ce droit aux personnes atteintes d'insuffisance mentale. (OMS, 1955 : 5)

Deuxièmement, les habitudes de la vie ordinaire et du modèle de l'hôpital général sont proposées comme des modèles normatifs à imiter. Cette normalisation exige donc de revisiter tant la vie au quotidien des pratiques de soin que les buts et les méthodes des hôpitaux psychiatriques.

Le fait d'imposer des règles contraires aux habitudes de la vie normale (par exemple, séparation des sexes pour les repas, les distraction et le travail) est nuisible aux malades, de même que l'installation des hôpitaux loin des centres urbains, ce qui rend difficiles les contacts avec les familles et avec la société normale. Le transfert de malades à une grande distance de leur domicile est généralement préjudiciable à leur guérison et devrait être évité. (OMS, 1955 : 22)

La principale fonction de tout hôpital est assurément de traiter les malades. Cette remarque vaut aussi pour l'hôpital psychiatrique, lequel ne diffère en principe de l'hôpital général que dans la mesure où il se spécialise dans le traitement des névroses et des psychoses. Ses buts et ses méthodes commencent à se rapprocher de ceux de l'hôpital général comme le montre de la façon la plus nette le nombre croissant des hôpitaux généraux dotés d'un service de psychiatrie. (OMS, 1957 : 5)

Troisièmement, un autre point qui joue sur la normalisation de la question psychiatrique, c'est l'étude de son image en population générale. Il est suggéré ainsi de promouvoir des processus d'intéressement (comme enquêtes et intervention d'éducation sanitaire) pour le « public » ou la « collectivité » - des entités qui n'étaient pas concernées jusqu'alors par cette question.

Le développement des activités relatives à la santé mentale dans tous les pays se trouve, dans une large mesure, entravé ou accéléré par l'attitude du public. Il est, dès lors, souhaitable de connaître les réactions du public à l'égard de ces activités dans les divers pays et le degré auquel les principes d'hygiène mentale ont été appliqués effectivement dans des domaines tels que l'enseignement et l'industrie. (OMS, 1950:17□18)

### **3.1.2 Prévenir et soigner**

Si la normalisation (qui correspond à la première épreuve) permet d'envisager un nouveau statut pour la question psychiatrique - celui de question de santé publique, la deuxième épreuve doit se jouer sur le plan des actions sur le terrain : prévenir et soigner. Déjà dans son *Bulletin d'information* n° 3 de 1948, l'OMS fixe les deux tâches de l'hygiène mentale : « la prophylaxie ou prévention des maladies nerveuses et mentales, et l'hygiène proprement dite, qui demande que l'individu devienne robuste au point de vue psychique et

soit à même de s'adapter sans heurt à toutes les circonstances » (OMS, 1948 : 4). Considérer la prévention comme un objectif de la question psychiatrique veut dire commencer à établir des liens entre troubles et facteurs de risque comme par exemple les « difficultés familiales et scolaires qui peuvent avoir pour résultats de graves désordres » (OMS, 1948) 5). C'est pourquoi, en termes de prévention, la famille et l'École sont conçues comme deux des institutions où mener cette épreuve : « Tout programme d'hygiène mentale doit commencer par les parents, les éducateurs, tous ceux qui forment l'enfant" (p. 5)<sup>4</sup>. Ce point doit amener à s'intéresser au couple, par des questions concernant le mariage et le divorce, et à la filiation, par la notion d'adoption. Cette ouverture à la prévention exige des nouvelles institutions : comme la santé publique, la santé mentale ne se réalise pas dans des réseaux institutionnels déconnectés et exclusivement médicaux. Ainsi, on estime que chaque ministère de la santé soit doté d'une section qui se consacre à la santé mentale. Mais pour le Comité d'experts, un comité institué pour émettre des considérations d'ordre juridique, relatives à des malades internés contre leur volonté ne satisferait pas ces objectifs. Tels comités, en effet, s'intéressent plus aux malades qu'à la prophylaxie, plus au droit qu'à la médecine. On encourage à constituer dans chaque pays « soit un institut d'hygiène mentale, soit une division supérieure d'hygiène mentale dans des établissements importants d'enseignement sanitaire » (p. 9). Une organisation pluridisciplinaire de ces établissements est souhaitée car comme dans les instituts qui s'occupent de la santé physique, « l'anthropologue, le sociologue, le psychologue et le pédagogue » sont appelés à jouer un rôle. Repenser les types d'institutions de soins et les fonctions qu'elles assurent veut dire, pour le Comité d'experts, s'inspirer des structures et des services de médecine générale.

Le Comité a souligné la nécessité de constituer des services préventifs de santé mentale pour organiser la psychiatrie sur des bases analogues à celles de la médecine générale, où il existe déjà des services très développés de santé publique à côté des services hospitaliers. Il s'est en effet montré sceptique quant à l'efficacité d'une action préventive qui serait entreprise à temps partiel, et souvent d'ailleurs à titre bénévole, par des hommes qui s'intéressaient avant tout à la thérapeutique. Il a donc recommandé que la prévention des troubles mentaux et la surveillance de l'hygiène mentale soient confiées à des travailleurs de la santé publique spécialement formés à cet effet, préconisant ainsi la création d'un corps de fonctionnaires médicaux spécialistes de la santé mentale. (OMS, 1957 : 3)

---

<sup>4</sup> L'étude préparée pour le compte de l'OMS « Soins maternels et santé mentale » menée par le célèbre psychanalyste anglais John Bowlby (1951) développe cette attention. La famille est d'ailleurs le thème du numéro 28 des Cahiers de santé publique (OMS, 1966) qui présentent des contributions individuelles ou collectives sur les thèmes d'intérêt de l'OMS.

Les consultations externes de psychiatrie et d'autres services de traitement ambulatoire ont en particulier un grand rôle à jouer sur le plan de la prophylaxie. L'expérience montre que le traitement ambulatoire est applicable à plusieurs genres d'affectations mentales pour lesquelles on croyait l'hospitalisation indispensable. Les avantages pour le malade sont évidents : il ne perd pas contact avec sa famille et souvent il peut continuer à travailler pendant le traitement ; il se voit épargner les tensions qui comportent d'abord l'adaptation, souvent difficile et longue, au milieu hospitalier, puis la réadaptation à la vie normale après la sortie de l'hôpital. Les avantages sont également importants pour l'administration sanitaire : d'une part, le traitement ambulatoire est beaucoup moins onéreux que l'hospitalisation ; d'autre part, plus les consultations externes se multiplient, plus le nombre de lits de l'hôpital peut être réduit (directement parce qu'il a moins de malades à hospitaliser et indirectement parce que la possibilité de confier la post-cure à un service de traitement ambulatoire permet souvent d'abrégier l'hospitalisation). (OMS, 1957 : 8-9)

Ensuite, cette épreuve vise à un changement culturel car on ne promeut pas une attention à la prévention et aux soins dans une culture asilaire. Pour ce changement, il faut former, d'un côté, des spécialistes prêts à prévenir, à dépister et à prendre en charge ; de l'autre, des demandeurs prêts à participer à des formes de délégation de soins qui acheminent des potentiels bénéficiaires vers des services spécialisés. Sur le public et l'éducation sanitaire, beaucoup de professionnels<sup>5</sup> dont leur activité n'est pas directement définie en tant que « sanitaire », peuvent apporter leur contribution. Par la multiplication d'actions de formation, on peut modifier également les niveaux d'alerte aux personnes en danger pour élargir les catégories de bénéficiaire et de demandeur. Ainsi, un public informé c'est un public qui peut mieux repérer des spécialistes dans son environnement, qui peut acheminer de manière plus efficace, des non (encore) bénéficiaires envers des institutions, et qui peut se considérer lui-même demandeur ou bénéficiaire, en cas de nécessité. Par la formation et l'enseignement de spécialistes et fonctionnaires de la santé publique, du personnel travaillant dans la psychiatrie clinique et d'autres spécialités médicales, on essaye en effet d'élargir les acteurs participants à ce domaine.

L'un des buts poursuivis est celui d'élever les différents niveaux de formation professionnelle, ce terme devant être compris au sens le plus large, de façon à englober le plus grand nombre de professions considérées comme ayant un rôle à jouer dans le domaine de l'hygiène mentale (1948 : 5).

Cette stratégie est affirmée dès le 1<sup>er</sup> rapport du Comité d'experts qui prévoit l'extension des programmes d'enseignement des fonctionnaires de la santé publique.

---

<sup>5</sup> Dans le rapport sont cités les suivants : « magistrats, avocats, agents chargés des personnes en liberté surveillée; instituteurs, moniteurs de la jeunesse ; contremaîtres d'industrie, agents et conseillers d'assistance sociale ; fonctionnaire des syndicats, agents chargés de l'orientation professionnelle, conseillers matrimoniaux. » (p. 15).

Pour que les services sanitaires s'acquittent convenablement de cette fonction (la sauvegarde de la santé mentale au même titre que la santé physique), il faut d'abord que les fonctionnaires médicaux reçoivent, en ce qui concerne les principes de l'hygiène mentale, une formation aussi complète qu'en matière de santé physique ; il faut ensuite, instituer pour l'ensemble des agents de la santé publique formés de cette manière, une spécialité de l'hygiène mentale. (OMS, 1950 : 7)

Mais il ne faut pas se limiter aux fonctionnaires. La médecine générale elle aussi est considérée, dans ces Rapports, comme un nœud important entre population et services spécialisés : elle permet d'éviter des filtres inutiles et d'accéder plus rapidement à des soins psychiatriques. Si les médecins généralistes sont la porte d'entrée des services médicaux, pourquoi ne pourraient-ils pas faire la même chose pour les services de santé mentale ?

Enfin, dans cette épreuve, un rôle incontournable est crédité à ce que les experts appellent « Psychiatrie sociale » (ou « psychiatrie de communauté »)<sup>6</sup>. Sans en oublier les diverses nuances, le Comité définit cette entité comme « l'ensemble des mesures préventives qui ont pour objet de rendre l'individu capable de mener une vie satisfaisante et utile dans son cadre social ». En psychiatrie sociale, on considère qu'il est possible d'insérer les malades mentaux dans un milieu social plus complexe et que, par des contacts sociaux et favorables, on peut travailler à la prévention et à la guérison des troubles mentaux. Quelles sont ces mesures ? En citant des psychiatres qui ont fait l'histoire de la psychiatrie, comme Pinel et Connolly parmi d'autres, ce rapport mentionne l'occupation thérapeutique qui permet d'avoir des contacts sociaux et de faire sortir les malades du cadre hospitalier. Avec l'analyse psychologique et l'approche psychothérapeutique, ces thérapies sont définies tout à fait « complémentaires » et compatibles avec d'autres traitements comme le coma, l'insulinique et l'électrochoc poursuivis dans un cadre strictement médical (p. 4). On doit également prendre en compte la naissance de « vastes hôpitaux psychiatriques » dans les sociétés profondément marquées par l'industrialisation qui ont fonctionné « en circuit fermé et coupé du reste du monde ». Contre ces modèles, on doit développer la culture de « la porte ouverte », des « hôpitaux de jour », des « clubs thérapeutiques ». Comme dans l'épreuve de normalisation, l'opinion publique face aux malades mentaux est une entité à mobiliser dans cette épreuve pour s'assurer la collaboration de la collectivité aux objectifs de la psychiatrie sociale. Dans le rapport, on se penche sur la prise en compte des attitudes de plusieurs groupes : la famille,

---

<sup>6</sup> Dans le 7ème Rapport *Psychiatrie sociale et attitudes de la collectivité* (OMS, 1959). Les citations qui suivent dans ce paragraphe se réfèrent à ce texte.



« les personnalités influentes (maires, conseillers municipaux, ministres de culte, instituteurs) », les employeurs, le personnel médical, les malades eux-mêmes.

### **3.1.3 Quantifier pour intervenir.**

La troisième épreuve consiste à armer la santé mentale d'outils de quantification pour élargir la connaissance des troubles mentaux à l'échelle mondiale. Le bras de fer, ici, devrait être mené contre l'invisibilité de la distribution des troubles psychiatriques en population générale. Puisque le regard du clinicien a émergé et s'est développé au chevet du malade, il est très peu outillé pour faire face à cette invisibilité. D'autant plus, si on se place à une échelle mondiale, ce regard ne suffirait pas à repérer les variations des entités à prévenir et combattre. Comment pouvoir lutter contre des entités si on ne connaît pas leurs lieux d'émergence ? Comment prévoir et programmer les sites et les ressources à disposer pour cette lutte si on ne connaît pas, même par estimation, l'ampleur du phénomène et, enfin, combien de personnes en sont touchées ? Comme pour les épidémies, on doit pouvoir localiser les lieux d'émergence d'un trouble, délimiter les facteurs de risque et pathogènes, cibler ceux qui sont déjà malades mais pas encore patients. Épars dans la population et invisibles au regard clinique, ces troubles seront visibles au regard du scientifique et de ceux qui pourront bénéficier de ce regard dans cette lutte.

L'OMS et le Comité d'experts ont crédité à la recherche épidémiologique un pouvoir clé dans cette épreuve ; en témoignent plusieurs rapports et documents. Elle doit permettre d'établir des descriptions fines et complètes sur l'état de la population afin de légitimer des décisions stratégiques.

Les administrateurs de la santé publique doivent connaître la demande et les besoins actuels et futurs des services psychiatriques. Or, ces besoins varient selon les conditions géographiques, l'organisation sociale, l'âge et la structure de la population considérée. Ces mêmes administrateurs doivent étudier l'efficacité du fonctionnement des services psychiatriques, actuels ou prévus, par référence à ces besoins. La méthode épidémiologique sera donc l'instrument qui permettra de mesurer la prévalence et l'incidence des troubles mentaux dans des groupes déterminés, d'apprécier l'usage que la population intéressée fait des services disponibles et de prévoir comment les réformes projetées seront susceptibles de faire varier cette utilisation. (OMS, 1960 : 5)

Mais quelles sont les contraintes de la quantification et de la recherche épidémiologique sur la question psychiatrique ? Si mesurer ne va pas sans classer<sup>7</sup>, il faut

---

<sup>7</sup> Sur classer et mesurer, voir Desrosières (1995).

tout d'abord disposer de classifications partagées à l'échelle internationale. Le Comité de l'OMS « prend acte » du Manuel de la Classification statistique internationale des Maladies, Traumatismes et Causes et Décès, mais il signale que les termes varient considérablement d'un pays à l'autre. Le Comité propose donc de dresser une liste en plusieurs langues. Ensuite, pour classer et mesurer on doit disposer, comme pour les problèmes physiques, de méthodes de collecte de données, de disciplines quantitatives, d'enquêtes internationales, d'objets intermédiaires, allant d'un simple formulaire à un système informatif qui agrège plusieurs données collectées entre plusieurs sites<sup>8</sup>. Les outils de collecte de données doivent, selon la portée qu'on veut leur accorder, s'articuler dans toutes les étapes de la prise en charge : première consultation, hospitalisation, activité de réhabilitation, etc. Enfin, ces outils doivent également viser différents objectifs sociaux tels que l'observation et la description des troubles dans la population ou l'évaluation des performances des professionnels, des services et des traitements mis en place.

### **3.1.4 L'OMS : un argument qui légitime des politiques**

Sans ce travail préliminaire de l'Organisation Mondiale de la Santé, réformer au niveau national et local la question psychiatrique aurait été possible ? Il est malheureusement impossible de répondre à cette question par une démonstration. Ce qu'on peut faire, c'est évaluer la présence de l'OMS dans les corpus de cette étude et regarder comment cette organisation est mobilisée après les années 1960. Elle compte 171 présences en SAME et 32 en DISAME<sup>9</sup> et les deux repères discursifs<sup>10</sup> suivants permettent de répartir certains énoncés en fonction des épreuves jusqu'ici définies.

---

<sup>8</sup> S'il est encore tôt pour aborder les trajectoires de cette épreuve dans nos corpus, on peut dire que le travail sur ces outils de collecte de données aboutira, en 2010, à l'institution d'un Service Épidémiologique National, en Italie ; et, en 2006, à l'extension du Programme de médicalisation des systèmes d'information à la psychiatrie, en France.

<sup>9</sup> Voir, à ce propos, OMS@ dans la liste des Êtres-fictifs en annexe n° 2.

<sup>10</sup> Les repères discursifs sont des tableaux qui permettent d'illustrer l'usage que les auteurs des corpus font d'une forme graphique ou d'une expression recherchée. La mise en succession visuelle, qui respecte la chronologie d'apparition de l'Être-fictif OMS@ dans le corpus, permet une lecture qui serait impossible sans l'aide d'un outil informatique. La traduction de ces énoncés est faite par mes soins.

**Repères discursifs n° 1. Corpus DISAME : énoncés sélectionnés à partir de la présence de l'Être-Fictif OMS@<sup>11</sup>**

Normalisation
<p>LOI REGIONALE N° 3 du 29-01-1996. REGION VENETIE <i>Plan Socio-Sanitaire 1995-1996</i><sup>12</sup></p> <p>La stratégie régionale de l'intégration doit être considérée comme une stratégie de l'« intégration entre les politiques socio-sanitaires et sociales » selon les objectifs proposés par l'OMS. [...]</p> <p>Seulement par une redéfinition du rôle du médecin traitant comme partie intégrée dans l'équipe du distretto est en effet possible de poursuivre le « système global des soins » indiqué par l'OMS, et qui se fonde sur une « culture de la santé » en allant au-delà du concept de cure pour inclure et les aspects cliniques et techniques, et ceux socio-culturels et économiques de la demande de santé des citoyens.</p> <p>LOI REGIONALE N° 13 du 20-06-2006. REGION VALLEE D'AOSTE <i>Adoption du plan régional pour la santé et le bien-être social 2006/2008</i><sup>13</sup></p> <p>L'objectif général du réseau italien est celui d'activer dans les hôpitaux et dans les <i>distretti</i> socio-sanitaires, un processus de réorientation finalisé à développer une culture de la santé à côté de celle soignante traditionnelle, à promouvoir la santé de tous les clients de l'hôpital (personnel, patient et communauté) et à supporter le développement d'environnements physiques et sociaux favorables à la santé selon la Charte de Ottawa du 1986 et les recommandations de Vienne (Euro-WHO 1997) et dans tous les autres documents officiels de l'OMS qui concernent la promotion de la santé et l'assistance hospitalière.</p>

<sup>11</sup> Les Êtres-Fictifs servent à expliciter les procédés par lesquels les auteurs - et, par hypothèse, les lecteurs - d'un corpus relie naturellement des entités autour d'un noyau langagier relativement stable. On peut, par exemple, retrouver dans les textes l'Être-fictif *Sistema Sanitario Nazionale* (Système Sanitaire National) sous plusieurs formes graphiques. Il s'agit alors, de forger une sorte de macro-acteur ou de personnage géant qui contient des « représentants », c'est-à-dire toutes les variations lexicales présentes dans le corpus et qui renvoient à ce macro-acteur. Un Être-fictif est toujours écrit en majuscules et assorti du signe @. Voir, à ce propos, l'annexe n° 1.

<sup>12</sup> *Legge Regionale N. 3 del 29-01-1996. Regione Veneto, Piano Socio-Sanitario 1995- 1997. La strategia dell'integrazione. La strategia regionale dell' integrazione va intesa nella più ampia accezione di « integrazione delle politiche socio-sanitarie e di queste con quelle sociali » secondo gli obiettivi proposti dall'OMS. L'integrazione tra le strutture interne alla Azienda ULSS riguarda: a) l'integrazione Dipartimento di Prevenzione/Distretto; b) l'integrazione Dipartimento di Prevenzione/Ospedale: seguendo le linee tracciate dai programmi OMS; c) l'integrazione Ospedale/Distretto, in particolare, collocando il distretto in un compiuto ruolo di orientamento della domanda e ridefinendo il rapporto medico di base/ospedale in funzione della continuità terapeutica. Solo attraverso una ridefinizione del ruolo del medico di base quale parte integrante dell'equipe distrettuale è infatti possibile proporsi di perseguire quel « sistema globale delle cure » indicato dall'OMS e che si fonda su una « cultura della salute » che supera il concetto di cura per includere sia gli aspetti clinico-tecnico che quelli socio-culturali ed economici della domanda di salute da parte dei cittadini.*

<sup>13</sup> *Legge Regionale N. 13 del 20-06-2006. Regione Valle d'Aosta. Approvazione del piano regionale per la salute ed il benessere sociale 2006/2008.*

*Obiettivo generale della rete italiana è quello di attivare negli ospedali e nei distretti socio-sanitari un processo di riorientamento finalizzato a sviluppare una cultura della salute accanto a quella curativa tradizionale, a promuovere la salute di tutti i clienti dell'ospedale (personale, pazienti e comunità servita) e a supportare lo sviluppo di ambienti fisici e sociali favorevoli alla salute coerentemente con quanto indicato nella Carta di Ottawa del 1986, nelle raccomandazioni di Vienna (Euro-WHO 1997) e in tutti gli altri documenti ufficiali dell'OMS che riguardano la promozione della salute e l'assistenza ospedaliera. In tal senso, la politica di promozione della salute perseguita dalla Regione evolve attraverso un percorso che considera della salute gli aspetti fisici, mentali, sociali e ambientali.*

<b>Prévenir et soigner</b>
<p>LOI REGIONALE N° 30 du 06-11-2002 REGION MOLISE <i>Protection de la santé mentale</i><sup>14</sup></p> <p>Les principes et objectifs de cette loi sont fondés sur les orientations culturelles et scientifiques de la psychiatrie de communauté promue par l'<b>OMS</b> et sur les recommandations portant sur l'organisation des services à la personne, du comité National de Bioéthique.</p>
<b>Quantifier pour intervenir</b>
<p>LOI REGIONALE N° 23 du 19-09-2008, REGION DES POUILLES <i>Plan régional de santé mentale 2008-2010</i><sup>15</sup></p> <p>La programmation des actions de contraste à la maladie mentale doit partir des évaluations épidémiologiques suivantes : « Le 20-25 % de la population adulte (source <b>OMS</b>) est affecté de troubles mentaux de diverses natures comme dépression, abus d'alcool ou de substances, troubles psychosomatiques, troubles de la personnalité ».</p>

Repères discursifs n° 2. Corpus SAME : énoncés sélectionnés à partir de la présence de l'Être-Fictif OMS@

<b>Normalisation</b>
<p>Décret n° 2008-869 du 28 août 2008 <i>portant publication de l'accord-cadre entre le Gouvernement de la République française et l' Organisation mondiale de la santé relatif à un partenariat renforcé entre la France et l'OMS pour la période 2008-2013, signé à Paris le 9 janvier 2008</i></p> <p>RE<sup>16</sup> n° 3-5 : fourniture de conseils et d'un soutien aux États Membres pour la préparation et la mise en œuvre de programmes multisectoriels à l'échelle de la population pour promouvoir la santé mentale et prévenir les troubles mentaux et comportementaux, la violence et les traumatismes ainsi que les déficiences visuelles et auditives, cécité comprise.</p>

<sup>14</sup> Legge Regionale N. 30 del 06-11-2002. Regione Molise, Tutela della salute mentale. I principi ed obiettivi di questa legge sono fondati sugli orientamenti culturali e scientifici della psichiatria di comunità promossa dall'**OMS** e sulle raccomandazioni, in tema d'organizzazione dei servizi alla persona, del Comitato Nazionale di Bioetica.

<sup>15</sup> Legge Regionale N. 23 del 19-09-2008. Regione Puglia, Piano regionale di salute 2008-2010. La programmazione delle azioni di contrasto alla malattia mentale deve partire dalle seguenti valutazioni epidemiologiche: « Il 20-25% della popolazione adulta (fonte **OMS**) è affetta da disturbi psichici di varia natura, quali depressione, abuso di alcol o di sostanze, turbe psicosomatiche, disturbi di personalità ».

<sup>16</sup> « Résultats escomptés ».

<b>Prévenir et soigner</b>
<p>Circulaire DGS/DH n° 70 du 11 décembre 1992 <i>relative aux orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et adolescents</i></p> <p>2. Les orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et adolescents</p> <p>[...] Rendre plus adéquates les conditions d'accueil, d'adaptation et d'insertion des enfants et adolescents souffrant de troubles mentaux durables et source d'incapacités, selon les définitions de l'<b>OMS</b> en la matière. Pour ceux- ci, il importe à la fois de reconnaître et traiter les processus morbides, dans le registre de la maladie, et aussi de reconnaître les limitations et les handicaps qui s'y relie afin d'affiner sur ce plan les mesures éducatives, pédagogiques et sociales requises.</p>
<b>Quantifier pour intervenir</b>
<p>CIRCULAIRE DU 15 MARS 1960 <i>relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales.</i></p> <p>La norme arrêtée par les experts de l'<b>OMS</b> concernant le chiffre optimum de capacité d'hospitalisation s'établit, pour les pays d'Europe occidentale, à 3 lits pour 1 000 habitants.</p> <p>Ce pourcentage englobe à la fois les besoins concernant les adultes et les enfants relevant de la neuro-psychiatrie infantile. L'équipement français s'élève, compte-tenu des travaux en cours, à 2,1 lits pour 1 000 habitants sur la base d'une population de 45 millions d'habitants.</p> <p>Or, dans un certain nombre de pays voisins du nôtre, l'équipement disponible dépasse largement la norme visée par l'<b>OMS</b>. Cet élément doit donc entrer en ligne de compte pour la détermination de l'équipement optimum dont le département doit être doté.</p> <hr/> <p>LOI n° 2004-806 du 9 août 2004 <i>relative à la politique de santé publique</i></p> <p>3.1.3. Classification des problèmes de santé. Les données de morbidité et de mortalité sont organisées sur la base de la classification internationale des maladies (CIM) de l'Organisation mondiale de la santé (<b>OMS</b>).</p>

L'intérêt de ces énoncés concerne l'emploi de l'argument d'autorité. Pour Plantin (1996)<sup>17</sup>, il y a argumentation d'autorité quand un acteur X donne pour argument en faveur d'une affirmation le fait qu'elle ait été énoncée par un locuteur Y particulier autorisé (dans ce cas l'OMS). Par l'argument d'autorité, en s'appuyant sur Y on n'appuie pas seulement la validité et la légitimité d'une action, d'une stratégie ou d'une valeur, mais on rend visible, en l'institutionnalisant, une relation avec l'entité concernée ou un réseau d'acteurs plus large. « selon les objectifs proposés par » « selon les lignes tracées par », « dans tous les autres

<sup>17</sup> Sur l'argument d'autorité voir, également, Chateauraynaud (2011 : 111-112).

documents officiels de », « promue par », « source », « selon les définitions de », « La norme arrêtée par les experts de » : ce sont ces expressions qui rendent manifeste l'argument d'autorité entre les auteurs des corpus et l'OMS. Bien que cette argument ne soit pas toujours mobilisé pour l'assistance psychiatrique ou la santé mentale, il sert à légitimer des « objectifs » ou des « stratégies », et des actions comme celles de rendre plus adéquates des conditions d'accueil de certains publics, de classer des problèmes de santé et de réajuster les équipements des services concernés.

### **3.2 La notion de secteur des deux côtés des Alpes**

Si à Genève, des experts de l'OMS élaborent des recommandations en vue de renouveler le champ de la psychiatrie, ailleurs, des expériences de terrain sont envisagées et pratiquées localement. Elles engagent des groupes de professionnels, des demandeurs et des bénéficiaires. Tout d'abord, il y a l'expérimentation de formes alternatives au renfermement des asiles, rassemblées sous le terme de « désinstitutionnalisation ». Sans trop anticiper ce qu'on abordera par la suite, on peut dire qu'il constitue un cadre général d'analyse et d'interprétation des événements qui ont concerné tous les acteurs du monde de la psychiatrie. Ce processus a démarré surtout à partir d'une critique des lieux de l'exercice de la psychiatrie. D'un point de vue de l'organisation, il s'agissait de remettre en question l'asile, son mandat et ses présupposés, et d'envisager des nouveaux modes de prise en charge à promouvoir dans la population. La chronologie de ce processus est bien connue, et sur le plan clinique et sur celui du politique : d'un côté, au milieu du XXe siècle, dans la plupart des pays occidentaux on observe une diminution progressive des lits en hôpital psychiatrique public et de la population correspondante ; de l'autre, on voit, à la suite d'expériences alternatives au monde asilaire, le choix de nouveaux modèles de pratiques de soins. Aux États-Unis, ce processus remonte aux années 1950 et le modèle américain préconise une désinstitutionnalisation accélérée de la psychiatrie et la réorientation communautaire de la thérapie. Ce modèle est institutionnalisé par la promulgation du *Community Mental Health Act*. Des petites unités complètement décentralisées par rapport à la structure psychiatrique traditionnelle fonctionnant sur un nouveau mode d'approche du patient, voient le jour.

La France et l'Italie ne font pas exception dans ce mouvement réformateur mais non sans différences. La première différence concerne le fait que les deux pays commencent à réglementer la question de manière différée : si le corpus italien ne débute qu'en 1967, le

corpus français, lui, débute en 1960. La seconde, concerne plutôt le contenu général des premiers textes des corpus où la question psychiatrique apparaît. Si pour l'Italie il s'agit d'une loi de Finances, qui fixe la politique économique, financière et sociale du quinquennat 1966-1970, et d'une loi sur la médecine à l'école, pour la France, on a deux Circulaires qui portent sur des consignes bien précises sur la question psychiatrique. L'une des deux, en particulier, vise à la mise en place d'un dispositif mieux adapté et plus efficace dans la « lutte contre les maladies mentales » : le secteur. Puisque ce dispositif change le cours de l'assistance psychiatrique française, et commence également à être appliqué même dans certaines Régions du nord d'Italie, il est certainement le point qui permet d'éclairer la genèse des différences entre le modèle d'assistance psychiatrique italien et français. Si on choisit ce dispositif, l'hôpital psychiatrique peut être gardé et réformé ; si on le rejette, l'hôpital doit fermer ses portes.

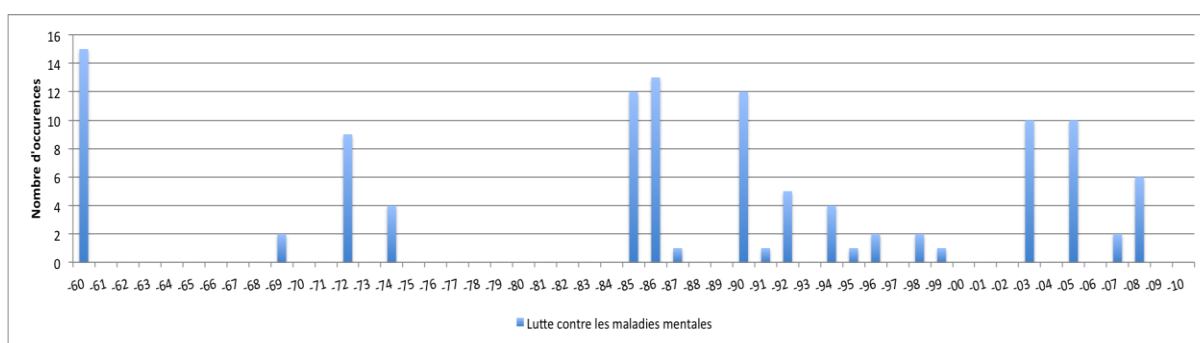
### **3.2.1 Le secteur : une entité géographique mais pas encore thérapeutique (France)**

« Agir contre X » c'est une bonne formule pour programmer et intensifier une mobilisation et concentrer les forces contre une cible. Et, lorsque la lutte est l'action mobilisée pour agir, la liste d'objets du monde social qui pourraient substituer le X de cette formule, pourrait devenir presque infinie. On peut ainsi lutter contre le chômage, le SIDA, les inégalités sociales, la pauvreté, la drogue, la corruption, le tabagisme, les discriminations, la désertification, la fraude, la violence, les pollutions, la contrefaçon, etc.

« lutte contre les maladies mentales »	99
« lutte contre le dopage »	38
« lutte contre le cancer »	21
« lutte contre la drogue »	12
« lutte contre le sida »	6
« lutte contre les inégalités »	6
« lutte contre la toxicomanie »	6
« lutte contre les toxicomanies »	6
« lutte contre les maladies »	5
« Lutte contre les maladies mentales »	5

**Tableau 2. La catégorie « lutter contre » du corpus SAME, suivie de dix premières Entités. Cette catégorie compte 288 présences dans ce corpus<sup>18</sup>**

Au nom de la lutte contre chacune de ces entités, on peut mettre en place des journées internationales, des comités d'experts, des études, des mobilisations, des agences étatiques, des interventions sur le terrain, des campagnes d'information et de sensibilisation, des politiques publiques, des dispositifs *ad hoc*. Les maladies mentales n'échappent pas à cette formule et la lutte contre celles-ci est déclarée dès les premiers textes de SAME, lorsqu'on décide du dispositif qui devrait mener cette lutte<sup>19</sup>.



**Graphique 5. Chronologie des occurrences de la catégorie « Lutte contre les maladies mentales » dans le corpus SAME. Cette catégorie compte 114 présences dans ce corpus**

<sup>18</sup> Sur cette catégorie et les suivantes, voir les annexes n° 1 et n° 2.

<sup>19</sup> Si l'on retrouve l'association entre cette formule et les maladies mentales dans les textes précurseurs de l'OMS, la circulation de l'expression « lutte contre » en France remonte au moins aux années 1920 lorsque il s'agit de prendre pour cible les fléaux sociaux (tuberculose, alcoolisme, maladies vénériennes). La création de la « Ligue d'Hygiène mentale » par Édouard Toulouse a sans doute contribué à faire converger la maladie mentale dans la catégorie des fléaux sociaux. Sur ces questions et leur impact sur le développement de la psychologie et de la psychopathologie du travail en France, voir les contributions rassemblées par Clot (1996).



Initiée par des jeunes psychiatres, la notion de secteur commence à s'imposer à la fin des années 1950 et elle sera considérée comme la version française de la « désinstitutionalisation ». En 1960, la *Circulaire relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales*<sup>20</sup> inaugure la nouvelle politique française. Voici le contexte dans lequel « secteur » apparaît pour la première fois :

Ce dispositif consiste essentiellement à diviser le département en un certain nombre de secteurs géographiques, à l'intérieur de chacun desquels la même équipe médico-sociale devra assurer pour tous les malades, hommes et femmes, la continuité indispensable entre le dépistage, le traitement sans hospitalisation quand il est possible, les soins avec hospitalisation et, enfin, la surveillance de postcure. Il va sans dire qu'un tel objectif ne peut être atteint d'emblée ; les difficultés matérielles sont en effet nombreuses et ne pourront se résoudre que peu à peu mais chaque département doit prendre conscience très nettement de ce que toutes les réalisations partielles qui pourront être envisagées dans le domaine de la lutte contre les maladies mentales devront désormais s'intégrer dans le cadre du programme général qui sera établi selon les instructions de la présente circulaire.

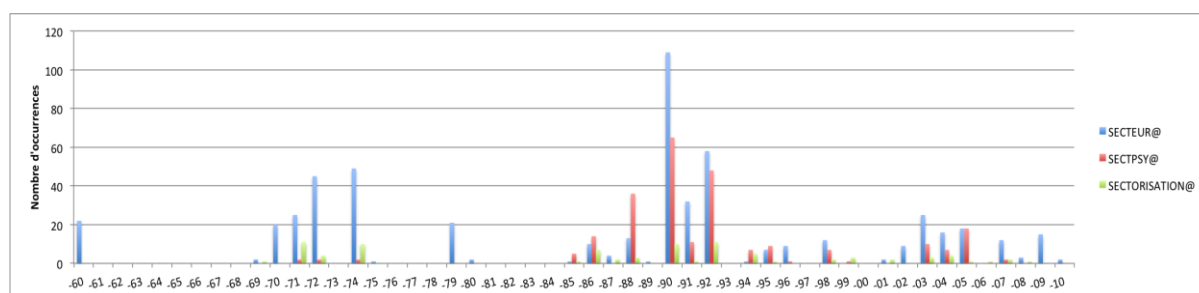
La difficulté d'atteindre « d'emblée » les objectifs de l'équipe médico-sociale, c'est-à-dire la continuité thérapeutique, n'empêche pas le Ministre de communiquer que toutes les actions à prendre devront s'intégrer dans la « lutte contre les maladies mentales ». C'est donc dans une action performative, celle de *lutter contre*, que ce dispositif est conçu. Toutefois, dans cet énoncé, le secteur n'a rien de performatif c'est-à-dire qu'on ne lui attribue pas des propriétés actives. En effet, du point de vue argumentatif, il ne désigne pas encore une organisation psychiatrique ou un réseau d'organisations coordonnées, non plus qu'une liste de structures rassemblées sous la même étiquette. Le secteur désigne, au contraire, une aire géographique, ce qui n'est pas la même chose car la différence qui passe entre une organisation (ou un réseau d'organisations) et une aire géographique, c'est que la première peut agir contre quelque chose, la seconde, non. Il est donc conçu de manière passive car c'est à « l'établissement psychiatrique » de desservir et « prendre en charge une aire géographique appelée Secteur »<sup>21</sup>. Bien sûr, on peut agir à l'intérieur d'une aire géographique, se déplacer d'un bout à l'autre, compter ce qui la caractérise, l'équiper de moyens, mais établir un découpage géographique ne correspond pas à créditer d'emblée un pouvoir d'action aux

---

<sup>20</sup> Non parue au Journal officiel.

<sup>21</sup> « Pour atteindre ces buts, l'établissement psychiatrique doit desservir désormais une aire géographique bien délimitée et proportionnée à son importance, appelée Secteur ». « Chaque service ou groupe de services de l'hôpital psychiatrique doit prendre en charge une partie déterminée de ce secteur ».

parties issues de ce découpage<sup>22</sup>. En outre, le secteur est une entité encore très peu associée à des qualités. Comme dans tout discours, cette association permet de définir les caractéristiques de l'entité, son domaine d'action et d'application, ses origines, le pouvoir dont elle est créditée. Ainsi, en SAME, le « secteur » est « géographique », « desservi », « mal équipé », « rattaché », « infanto-juvénile ». Même si annoncé et accompagné faiblement par une action, celle de la « sectorisation psychiatrique », le secteur ne commencera à être qualifié de manière stabilisée comme « psychiatrique » seulement à partir de 1985. Ainsi, au cours de la période qui précède cette date, on ne qualifie pas le secteur en tant que « psychiatrique ».



**Graphique 6. Chronologie du nombre d'occurrences des Êtres-Fictifs SECTEUR@ (546 scores), SECTORISATION@ (75 scores) et SECTPSY@ (247 scores) dans le corpus SAME**

Nonobstant le manque de performativité, un découpage géographique a des conséquences importantes sur tous ceux qui doivent s'engager dans une lutte, tant sur le plan perceptif que performatif<sup>23</sup>. Premièrement, ce découpage permet de mieux repérer des éléments dans des ensembles, ou d'en envisager des nouveaux. Ce sont des entités telles que « la population du secteur », « les besoins d'un secteur », « les malades d'un secteur », « l'équipe de secteur », « le psychiatre départemental », « un hôpital psychiatrique départemental ». Élargir la perception par ce découpage, permet d'envisager plusieurs actions à prendre : sur les secteurs, « qui devront être dotés à plus ou moins longue échéance d'un équipement complet en organismes de prévention, d'hospitalisation et de postcure » ; sur l'organisation « qui doit s'effectuer sur la base des besoins et des ressources du département considéré et non sur la base de plusieurs départements ou d'une région » ; sur les publics et les spécialistes, car on doit « confier à la même équipe médico-sociale la charge du malade en

<sup>22</sup> Il faut attendre jusqu'à 1974 pour voir le secteur dans une position performative. Elle ressort dans la Circulaire du 9 mai *relative à la mise en place de la sectorisation psychiatrique infanto-juvénile* : « Le secteur psychiatrique réalise en fait, une action thérapeutique complexe dans laquelle l'hôpital psychiatrique ne joue plus un rôle prioritaire : l'hospitalisation désormais moins fréquente ne constitue en toute hypothèse et pour un nombre important de cas qu'un moment du traitement ».

<sup>23</sup> Les citations qui suivent font référence au texte de la Circulaire du 15 mars 1960 *relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales*.

cure hospitalière et en pré et post-cure » et « déterminer avec une approximation suffisante les besoins actuels et à prévoir du département en matière d'hospitalisation des malades mentaux ».

Deuxièmement, le découpage géographique modifie le sens que les notions d'interne et d'externe ou de dedans et de dehors prennent dans l'espace de lutte. Avant la notion de secteur, l'interne de la lutte contre les maladies mentales correspondait à l'environnement hospitalier, et l'externe à tout ce qui ne l'était pas. Par la notion de secteur, au contraire, ces frontières délimitent des nouveaux espaces d'action sur deux niveaux hiérarchiques différents. Le premier niveau différencie les secteurs entre eux, dans le panorama du territoire national. Il s'appuie sur un principe de nature administrative, car les frontières qu'il établit coïncident avec celles du département d'implantation de l'établissement, et la définition de ces frontières permet, comme pour les principales institutions politiques, de légitimer des droits et de définir des publics en fonction de leur lieu de résidence. Selon un principe d'inclusion et d'exclusion, cette délimitation permet à un secteur et aux éléments qu'il contient d'être considérés, dans certaines conditions, comme dans l'action de lutte et, dans d'autres, en dehors de celle-ci. Par exemple, l'étude de la provenance géographique des publics dans l'admission aux soins impose la contrainte de s'adresser à l'hôpital psychiatrique qui opère dans son propre lieu de résidence. Ceux qui viennent de l'extérieur ne seront pas pris en compte car leur secteur de résidence est considéré en dehors d'un espace d'action défini, ils seront donc les « malades « étrangers » au « département ». Et, encore, l'étude de l'organisation à prévoir est faite sur la base des besoins et des ressources du département considéré et non sur la base de plusieurs départements ou d'une région. « Il n'est donc pas question » de calculer les besoins d'un département en tenant compte des malades que son hôpital psychiatrique hospitalise au titre d'autres départements. Ce premier niveau permet ainsi de doter chaque secteur des équipements nécessaires afin d'éviter toute forme d'encombrement physique et de rééquilibrer les écarts entre les secteurs. Le second niveau différencie des espaces à l'intérieur du même secteur. Il fait sauter aux yeux un espace encore peu exploré et peu utilisé dans cette lutte : celui qui se présente entre l'hôpital et les contours du secteur. Ce n'est pas un hasard si cet espace est appelé « extrahospitalier » car il est une extension de l'hospitalier. Ce second niveau différencie donc l'espace hospitalier de l'espace extrahospitalier. Leurs frontières sont plus nuancées et poreuses que les frontières entre secteurs car l'environnement extrahospitalier n'est pas l'éclatement de l'hôpital mais son prolongement. Et non sans raisons. Cette relation de prolongement, de ce qui était le dedans envers le dehors, vise, en

effet, à promouvoir une nouvelle circulation d'hommes (spécialistes et non spécialistes) et d'informations : « chaque membre de l'équipe extra ou intrahospitalière a des contacts quasi journaliers avec tous les autres ». Ce mouvement est nécessaire au suivi de toutes les étapes de l'action de lutte, surtout celles qui s'écartent de l'hospitalo-centrisme comme « le dépistage, les soins sans hospitalisation et la surveillance de postcure ».

Troisièmement, puisque la géographie de la lutte change, les rapports entre le centre et la périphérie changent. Alors, si l'on veut gagner une lutte contre un ennemi sans attendre son arrivée au centre du pouvoir, il faut aller à son encontre ou déplacer le regard dans des points périphériques. Cela, afin de mieux détecter les signes préconisant son arrivée et alerter précocement les armées sur le terrain. Ainsi, dans la lutte contre les maladies mentales, il faut remplacer le régime de l'urgence par le régime de l'attente, ce qui permet d' « entreprendre les soins des malades mentaux à un stade plus précoce, avec de plus grandes chances de succès », et « apporter aux anciens malades un appui médico-social efficace leur évitant des récidives ». Appliquer ce nouveau régime sur une aire géographique, implique le changement d'un modèle qui considère l'hôpital comme le centre et l'extrahospitalier comme la périphérie de la lutte. Or, tant d'un point de vue géographique que d'un point de vue symbolique, les notions de centre et de périphérie peuvent qualifier des entités plus ou moins accessibles, plus ou moins importantes, plus ou moins dépendantes entre elles. La prise en compte des effets du secteur implique que ces qualifications soient remises en question. En ce qui concerne l'accessibilité, on ne fait pas de différences : « il est nécessaire que les établissements, qu'il s'agisse de l'hôpital psychiatrique, de l'hôpital de jour ou du foyer de post-cure, soient facilement accessibles pour la population qu'ils desservent. ». Mais quant à l'importance et à la dépendance, une place différente est accordée aux organismes extrahospitaliers.

J'insiste sur le fait que la mise en place des organismes extra-hospitaliers ci-dessus énumérés, en liaison avec les services d'hospitalisation, est un élément très important de l'organisation de la lutte contre les maladies mentales ; tant que ces organismes n'existent pas, les soins dispensés par l'hôpital ne peuvent être qu'incomplets.

[...]

L'absence du dispositif extra-hospitalier nécessaire, soit en interdisant, soit même simplement en retardant la sortie de ces malades, entraînerait inéluctablement à plus ou moins brève échéance une surpopulation de l'hôpital psychiatrique, annihilant ainsi les efforts faits par la collectivité.

Cette nouvelle place prévue pour les organismes extrahospitaliers a une conséquence directe sur les trajectoires qui relient les malades et les spécialistes. Si s'en remettre à un

spécialiste voulait dire, en gros, se déplacer de la périphérie au centre, de chez soi à l'hôpital, pour la première fois, cette trajectoire est conçue en direction contraire.

Il est, en effet, indispensable que le malade sorti de l'hôpital psychiatrique retrouve au dispensaire, au foyer de postcure, le médecin qui l'a traité à l'hôpital psychiatrique.

[...]

Il ne faut pas perdre de vue que la plupart des malades mentaux posent des problèmes médico-sociaux importants qui ne sont pas réglés par l'hospitalisation, et même que l'hospitalisation rend plus aigus encore.

L'analyse des conséquences de l'ancrage de l'action de lutte à des espaces géographiques ne répond pourtant pas complètement à une question centrale. Si le secteur, à ce stade, n'est pas crédité d'une propriété performative dans la lutte contre les maladies mentales, quelles sont les entités auxquelles on crédite ce pouvoir d'action ? D'un côté, à l'hôpital psychiatrique car il est déjà sur le terrain, donc déjà prêt à cette action ; de l'autre, aux organismes extrahospitaliers qui surgissent dans les préoccupations du Ministre<sup>24</sup>. Parmi eux, il y a le dispensaire d'hygiène mentale<sup>25</sup> ; l'hôpital de jour ; le foyer de post-cure ; les ateliers protégés. Pour concrétiser le pouvoir performatif de ces structures, il faut des équipements en fonction des publics qu'ils doivent atteindre. À ce propos, les enfants et les adultes sont les catégories de publics prises en compte par la Circulaire. Pour les premiers, le nombre des places à prévoir en hôpital doit être réduit tant pour ceux qui nécessitent un traitement psychiatrique que pour ceux qui ont besoin de techniques de rééducation. Ces types d'hospitalisation sont du rôle de l'hôpital psychiatrique « chaque fois qu'une autre solution ne peut être retenue ». Des services pour enfants handicapés doivent, en effet, être créés à l'extérieur des hôpitaux psychiatriques. Ceux qui sont déjà en place, c'est-à-dire les Instituts Médico-Pédagogiques (IMP), ne peuvent pas être supprimés dans l'immédiat mais « l'extension de ces IMP ou la création de services de même nature rattachés à des établissements psychiatriques doit être évitée dans toute la mesure du possible ». Pour les seconds, comme on l'a déjà exposé, pour établir l'équipement de l'hôpital psychiatrique, il faut prendre en compte « l'origine démographique des malades », cela afin de trier ceux qui relèvent du département de l'hôpital et ceux qui viennent de départements non équipés. Mais il faut le faire également en fonction de ce que le Ministre appelle l'« Amélioration du "rendement" de l'établissement ».

---

<sup>24</sup> « Chaque service ou groupe de services de l'hôpital psychiatrique doit prendre en charge une partie déterminée de ce secteur, que l'on peut appeler "sous-secteur" et qui doit, par ailleurs, être dotée des organismes de traitement, de prévention et de post-cure nécessaires. ».

<sup>25</sup> « Dans toutes les villes de plus de 20.000 habitants, un dispensaire doté de locaux individuels dans un dispensaire polyvalent est également à prévoir. »

Dans l'étude des besoins tels qu'ils se manifestent actuellement, il conviendra de ne pas perdre de vue que l'aménagement de l'équipement des hôpitaux psychiatriques et le développement des moyens thérapeutiques a pour conséquence, chaque fois que les efforts entrepris en ce sens ont pu être suffisamment poussés, une réduction des durées de séjour et une diminution de la « sédimentation hospitalière »<sup>26</sup>.

Parmi les adultes, une place est faite aux personnes âgées mais avec des réserves :

Ce n'est qu'exceptionnellement lorsqu'elles présentent des troubles mentaux relevant de traitements psychiatriques, qu'elles doivent être adressées à l'hôpital psychiatrique. Dans la plupart des cas, une hospitalisation effectuée dans des conditions satisfaisantes, mettant en œuvre les techniques nécessaires qui réclament d'ailleurs un personnel relativement important, devrait permettre de rendre la personne âgée à son foyer dans un délai relativement rapide.

La notion de secteur, passe-t-elle de l'autre côté des Alpes ? Oui ; elle a inspiré des expériences de terrain mais sans passer comme telle dans des textes réglementaires. Des psychiatres et des administrateurs italiens de l'époque se sont en effet intéressés aux travaux et aux textes réglementaires français, et des psychiatres français ont promu le modèle du secteur en Italie<sup>27</sup>. Pourquoi alors les Italiens n'ont pas choisi et réglementé ce modèle en Italie ? Pour répondre à cette question quittons pour le moment les corpus, mais sans abandonner la piste du secteur. La réponse doit être en effet recherchée à partir d'une analyse de la réception de cette notion par des groupes professionnels italiens. Les positions très contrastées qui caractérisent cette réception justifient pourquoi le corpus DISAME reste muet jusqu'en 1967.

### **3.2.2 Il settore : une option expérimentée, une idéologie à combattre (Italie)**

On ne peut pas comprendre la réception du modèle de secteur en Italie si on n'aborde pas l'état de l'assistance psychiatrique avant et pendant les années 1960 dans ce pays. Alors, pour comprendre l'assistance psychiatrique avant l'unification de la République Italienne (1861), il faut considérer la variété des pratiques de l'époque. À titre d'exemple, on peut considérer celles qui concernaient l'admission à l'hôpital. Postel et Quétel détaillent cette variété comme suit :

---

<sup>26</sup> Ici, l'usage des guillemets concernant le « rendement » et la « sédimentation psychiatrique » ne doit pas passer inaperçu car cette opération de mise à distance est révélatrice d'un mélange d'arguments déjà faibles à l'époque. Comme si ce qui permettait d'évaluer l'amélioration du travail de l'hôpital était un paramètre concernant des aspects de son organisation - c'est-à-dire son équipement et ses moyens thérapeutiques ou sa capacité à éviter des entassements de personnes de manière prolongée -, et non des paramètres portant sur la santé et la maladie du public dont il s'occupe.

<sup>27</sup> En effet, l'intérêt pour le secteur est présent, en Italie, dans la littérature professionnelle déjà dans les années 1960.

à Gênes, il faut l'autorisation du préfet ; à Pavie, celle du président du Conseil général ; à Reggio Emilia, celle du maire ; à Pérouse, il suffit de l'autorisation du président de la congrégation de charité gérant l'hôpital ; à Brescia et Messine aucune autorisation, et les « pazzerie » des Hôtels-Dieu de Vérone et de Venise ne sont même pas obligés d'informer le préfet de police des malades qu'ils reçoivent – obligation presque générale ailleurs. (2002 : 557)

Les différences locales sont donc le trait dominant de l'aliénisme italien de la première moitié du siècle. Cette variété des pratiques psychiatriques de l'époque s'explique tout simplement parce que les différents États qui composent la péninsule ont des lois, des traditions et des niveaux de civilisation très différents (Postel et Quétel, 2002 : 554). Dans ce cadre législatif fragmenté, il s'en suit la grande disparité de dispositions d'un État à l'autre, surtout en ce qui concerne l'admission et la tutelle des biens de l'aliéné. La Toscane est la seule à avoir une loi spéciale pour la psychiatrie à partir de 1838. Cette loi prévoit l'autorisation du tribunal autant pour l'admission que pour la sortie de l'hôpital. Dans les autres, si c'est le médecin qui fournit la « pièce-maitresse » qui légitime l'entrée et la sortie, le contrôle et les obligations vis-à-vis d'elle sont très variables.

Un projet de psychiatrie italienne voit le jour avec la loi nationale n° 36 du 14 février 1904<sup>28</sup>, que des observateurs français n'hésitent à rapprocher, dans son ensemble, à la loi française de 1838 (Postel et Quétel, 2002 : 558). La question psychiatrique dans les années 1960 est ainsi régie par cette loi qui subordonnait fortement l'assistance psychiatrique au pouvoir judiciaire : traitement en cure fermée (*manicomio*) des malades ; admissions ordinaires autorisées par magistrat et d'urgence autorisées par la police ; après 30 jours, admission définitive confirmée par le tribunal. Il y avait plusieurs assistances psychiatriques : celle officielle, des Provinces, et celle des *Opere pie* (œuvres charitables) et des instituts privés, religieux ou laïques. La loi de 1904 confiait l'obligation de l'assistance des aliénés aux Provinces et la surveillance des asiles au Ministère de l'Intérieur. Mais elle acceptait également les asiles « privés » les soumettant aux mêmes dispositions juridiques que celles concernant les institutions publiques. Le phénomène de privatisation était contenu au Nord mais pas au centre (Rome en tête) et non plus au Sud. Ici, une organisation religieuse privée, par exemple, recueille plusieurs milliers de malades de régions de Basilicate et des Pouilles. Le produit de cette loi est l'augmentation de la population asilaire : en 1903, les internés étaient 45 000, et en 1970, 180 000. Une certaine stabilisation politique, que le centrisme démocrate-chrétien avait assurée à l'époque asilaire, arrive cependant à sa fin dans les années

---

<sup>28</sup> Legge 14 febbraio 1904, n. 36. Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati.

1960<sup>29</sup>. Le souffle de renouvellement qui parcourt l'Europe traverse donc également les Italiens jusqu'à son explosion en mai 1968. Les Gauches lentement se renforcent et les socialistes entrent dans le gouvernement à côté de la démocratie chrétienne. Leur critique cible naturellement l'horreur et la résignation asilaire, et les nouveaux thèmes sont la lutte contre l'asile, l'unité et la continuité thérapeutique. Ces idées et les principes du secteur semblent coïncider.

C'est au cours des années 1960 que des initiatives amènent des psychiatres italiens à s'intéresser au secteur français et à l'expérimenter en Italie<sup>30</sup>. On aborde sérieusement cette option, le 22 mars 1963<sup>31</sup> à l'occasion d'une table ronde organisée sur le thème, à Florence, par le directeur sanitaire des hôpitaux psychiatriques de la Toscane, Professeur Mario Nistri. Outre la présence illustre des protagonistes de la psychiatrie toscane (directeurs des hôpitaux, académiciens et plusieurs membres de l'*Associazione Medici Organizzazioni Psichiatriche Italiane* (AMOPPI)<sup>32</sup> de Toscane, Émilie-Romagne, Ligurie) à la table ronde, est invité le Professeur Georges Daumézon, médecin chef de l'hôpital psychiatrique de Sainte-Anne de Paris où, depuis 1957, est mise en œuvre l'expérience du secteur du XIII<sup>e</sup> arrondissement. Daumézon retourne en Italie avec Duchêne, en avril 1964, et lors d'un colloque qui a lieu à Bologne, on discutera encore de l'application du secteur en Italie. Les hôpitaux de Padoue, Varese, Florence, Pérouse, sont les premiers à discuter, étudier et appliquer l'idée de secteur. En 1965, le parti communiste qui suit de près ces expériences, présente à la chambre des députés un projet de loi qui anticipait largement sur la loi 180 et qui contenait la notion de Secteur<sup>33</sup>. La continuité entre prévention, cure et réhabilitation est la mission de cette organisation et l'assistance concernerait une population de 70 000 à 100 000 habitants<sup>34</sup>. Pourtant, aucune loi n'est promulguée à cause de doutes concernant le nouveau rôle de l'hôpital et, sur le plan politique, pour la fin de la législature.

---

<sup>29</sup> En 1923, le fascisme avait supprimé l'enseignement universitaire de la psychiatrie au bénéfice de la neurologie. En 1958, l'État italien réintroduit cet enseignement d'abord à Milan et, huit ans après, à Cagliari. (Balduzzi, 1998 : 700)

<sup>30</sup> Pour un état complet du débat, on peut consulter Lasagno (2012 : 55-63). On suit, ici, certains points de son étude.

<sup>31</sup> Pour Renato Balduzzi et Franco Basaglia, deux protagonistes de la psychiatrie italienne, 1963 est une année importante également pour d'autres raisons. En cette année ont lieu les voyages d'études de Basaglia à Londres (chez Maxwell Jones), et de Balduzzi à Paris (chez Duchêne) et en Savoie (chez Vermorel).

<sup>32</sup> Une importante association de médecins des hôpitaux psychiatriques de l'époque.

<sup>33</sup> Voir à ce propos, E. Balduzzi et C. Balduzzi, (1981 : 571).

<sup>34</sup> L'année suivante, 1966, le ministre socialiste de la santé Mariotti propose une commission d'étude qui donnera lieu à deux projets fondamentaux qu'on retrouvera dans le premier texte de DISAME : le Service sanitaire national (SSN) et les Unités sanitaires locales (USL) qui en organiseraient son articulation périphérique.



Parmi les éléments de la psychiatrie de secteur qui intéressent certains Italiens, il y a l'image renouvelée du psychiatre. Pour être efficace, il ne doit pas se contenter seulement d'être le directeur de tel ou tel service hospitalier, service qui à son tour est spécialisé sur des hommes ou des femmes avec tel ou tel trouble. Il doit connaître l'environnement social, économique et culturel dans lequel il travaille et, avec son équipe, s'occuper de tous les services d'un espace géographique donné. C'est pourquoi, il doit en connaître la topographie, les conditions socioéconomiques, et avoir des liens avec les médecins généralistes, les autorités locales (maires, prêtres, maîtres d'école, responsables d'usines, etc.) de cet espace. Tout cela, est nécessaire à sa pratique. Ses connaissances, élargies à l'environnement et ses acteurs, lui permettront de conseiller ou de déconseiller une activité de travail, régler des problèmes familiaux, avoir une meilleure prise sur les problèmes de la personne. Ce qui veut dire bien entendu, sur le plan de la délégation de soins, avoir plus d'appuis pour conseiller une hospitalisation ou proposer une démission. Ainsi, ce qui intéresse, c'est que par le dispositif du secteur on ne propose pas seulement un changement de l'organisation des lieux de la prise en charge (structures plus petites, moins de lits, décentrer l'hôpital en plusieurs pavillons) ; mais on vise à réorganiser les pratiques professionnelles, leurs hiérarchies voire la relation avec le public. Promouvoir une approche multi-professionnelle par la notion d'équipe, par exemple, est un élément innovant qui touche tant à l'autorité du psychiatre qu'à la notion de « spécialiste ». Assistants sociaux ou infirmiers deviendront ainsi des spécialistes pour des publics qui auparavant étaient propriété exclusive de psychiatres. Ces éléments amènent des acteurs importants à devenir des partisans pour le secteur. La Société Italienne de Psychiatrie, par exemple, se voit engagée avec la région Lombardie dans un projet qui vise à développer la psychiatrie de secteur. Le Piémont et la Province de Turin vont dans la même direction. L'AMPOPI elle aussi se montre favorable. Le secteur est expérimenté également dans les villes suivantes : Reggio d'Émilie, Sienne, Pise, Pavie, Milan, Varese, Lecce, Trente, Vercell, Mantoue, Turin, Padoue et Vérone.

Mais d'autres professionnels assument une position contre le secteur. Parmi eux, les partisans de l'hôpital psychiatrique. L'occasion d'argumenter cette opposition se présente en 1964, à Bologne, et en 1965 à Varese, lors de deux colloques. Lasagno (2012) rappelle qu'à la tête de ces partisans il y avait Giorgio Padovani, directeur de l'hôpital de Gênes. Il considère que le développement de sites extrahospitaliers et le parcellement de l'intervention médicale peuvent dégrader la qualité des soins. L'hôpital psychiatrique doit rester le lieu d'observation par excellence des états morbides, et l'efficacité de son action ne doit pas être mise en danger

par l'hygiène mentale. Celle-ci peut exister par l'action de services territoriaux pour faire de la prévention mais l'hôpital ne doit pas se confondre avec ces services. Le risque, pour les partisans de l'hôpital, est une application des principes psycho-dynamiques et une attention excessive aux facteurs sociaux dans l'étiologie des troubles. Une troisième voie, entre partisans de l'hôpital et ceux du secteur, émergera au cours de ce débat : ni pour le secteur, ni pour hôpital. Cette position est celle du Mouvement anti-institutionnel (MAI)<sup>35</sup>, qui en 1973 deviendra *Psichiatria Democratica*. Et qui affirme qu'à partir du moment où l'hôpital psychiatrique reste en place, il est inutile d'ouvrir des ambulatoires périphériques. Il faut, selon cette position, lutter contre toute structure qui renvoie en quelque sorte à l'asile et à l'hôpital psychiatrique réformé du secteur. Le secteur à la française est, en effet, décrit comme une forme fine de psychiatisation et de contrôle de la société car il est imposé par l'administration politique. Puisqu'il n'émerge pas d'une analyse des besoins des populations auxquelles ce modèle s'adresse, il est l'objet d'une féroce critique. La réponse militante, la plus musclée, à cette question est résumée dans l'ouvrage de Domenico De Salvia (1977)<sup>36</sup>, membre et porte – parole des positions de *Psichiatria Democratica*. Pour De Salvia, le secteur est une idéologie à combattre, est un « nouveau visage » de la psychiatrie, une « idéologie de rechange », une « fausse alternative », « une imposition administrative ». De plus, là où les expériences inspirées par la sectorisation ont été menées, rien n'est changé en mieux : la psychiatrie est toujours contrôle de la déviance, l'asile est accepté comme une nécessité car on envisage de le maintenir et de le modifier seulement partiellement, les hospitalisations augmentent. La critique de De Salvia, vise à définir une psychiatrie alternative dont l'action principale serait la lutte contre l'asile psychiatrique<sup>37</sup> et son action doit s'appuyer sur des forces politiques de gauche<sup>38</sup>. À côté de l'expérience de Gorizia, menée par Franco Basaglia et ses collaborateurs<sup>39</sup> (1968) à partir de 1961, qui s'impose comme point de référence en Italie, naissent d'autres expériences de transformation institutionnelle s'inspirant de ce mouvement et, généralement, des expériences menées en Angleterre. Les psychiatres anglais

---

<sup>35</sup> Pour une perspective historique sur le MAI voir le récent travail de Fiorilli (2011).

<sup>36</sup> Son ouvrage est publié dans la collection « *Medicina e Potere* » dirigée par Giulio A. Maccacaro, fondateur de l'association *Medicina Democratica* et personnage clé de la critique à la médecine traditionnelle dans les années 1960 et 1970. De Salvia explicite, dans l'introduction de son ouvrage, les liens de *Medicina Democratica* et *Psichiatria Democratica*.

<sup>37</sup> On parle plus exactement de lutter contre le *manicomio* (comme structure) et de lutte contre le *manicomialisme* (comme système culturel de la psychiatrie dominante avec ses logiques comme le totalitarisme et la violence institutionnelle).

<sup>38</sup> On sait, par exemple, que une des premières ouvrages de référence des acteurs engagés, *Che cos'è la psichiatria?* est édité en 1967 par l'*Amministrazione Provinciale di Parma*.

<sup>39</sup> Franco Basaglia (1924 -1980) a été directeur de l'hôpital psychiatrique de Gorizia de 1961 à 1970, de Colorno (Parme) de septembre 1970 à l'automne 1971, et de Trieste jusqu'en 1979.

expérimentaient, en effet, la communauté thérapeutique comme nouveau modèle de soins. Une profonde critique de l'institution hospitalière et des pratiques professionnelles traditionnelles, et les avancées de la pharmacologie qui, dès les années 1950, propose une nouvelle génération de médicaments moins lourds du point de vue des effets secondaires, permettent à ce modèle de promouvoir un suivi en petites collectivités et par des ambulatoires souvent démedicalisés. Gorizia, Pérouse, Arezzo, Trieste, Reggio Emilia, Parme, sont des villes où sont mises en place des expériences d'ouverture d'hôpitaux psychiatriques.

À l'intérêt pour le secteur, concrétisé par des expériences sur le terrain, s'oppose ainsi celui pour les premières expériences de communautés thérapeutiques. La réflexion engagée sur la voie d'une désinstitutionnalisation à l'italienne est ainsi partagée entre les modèles français et anglais.

### 3.2.3 La collaboration franco-italienne et le colloque de Courchevel<sup>40</sup>

Le courant sectoriel italien établit des relations de collaboration avec les confrères français. Un colloque qui a eu lieu les 25, 26 et 27 mars 1968 à la frontière entre les deux pays, est l'occasion de faire le point sur la collaboration franco-italienne et sur la question psychiatrique. Les interventions faites à l'occasion, celle de Franco Basaglia pour la communauté thérapeutique à l'anglaise, et celle d'un groupe coordonné par Edoardo Balduzzi<sup>41</sup> pour le secteur, permettent de résumer le débat de l'époque sur la désinstitutionnalisation à l'italienne. Voyons-les.

Pour introduire son intervention et présenter le travail mené dans l'hôpital de Gorizia, Basaglia (1969) décrit la communauté thérapeutique comme le « dernier cri » de la psychiatrie. Il rappelle que la notion de communauté thérapeutique est une invention anglaise et voit le jour en 1946 dans un numéro spécial du *Bulletin of Mennigner Clinic*. Bion et Rickman au *Northfield Hospital*, Maxwell Jones à *Mill Hill* et à *Dartford*, et plus tard

---

<sup>40</sup> Il s'agit plus précisément d'un colloque italo-franco-québécois. Outre les citations faites dans ce paragraphe, on peut consulter, pour plus de détails, les numéros 2, 4 et 5 du Volume 45 de la revue *Information psychiatrique* de 1969.

<sup>41</sup> Eduardo Balduzzi a été le directeur de l'hôpital psychiatrique de Varese de 1964 à 1968. En 1970 et 1971 a dirigé l'hôpital psychiatrique de Venise, et de 1971 à 1978 a été le responsable des services psychiatriques extrahospitaliers à Turin. Il a fait partie du comité de rédaction et correspondant étranger de la revue française *L'information Psychiatrique* et a été le personnage clé de l'expérimentation du secteur en Italie. Si pour Balduzzi on retrouve dans le livre de De Salvia « [...] la critique la plus violente contre le courant du Secteur » (E. Balduzzi et C. Balduzzi, 1981 : p 580), pour De Salvia, Balduzzi est défini l'un des plus importants « idéologues » du secteur en Italie (1977 : 46).

Foulkes, avaient organisé de manière communautaire la vie hospitalière avec des groupes de discussions et de participation des patients. Basaglia souligne l'aspect révolutionnaire du changement des rapports entre médecins et patients. Dans ces expériences, l'institution est conçue comme un ensemble organique non hiérarchisé de médecins, patients, personnels infirmiers et auxiliaires. C'est cette conception qui est au cœur de son expérience menée à Gorizia et sur laquelle il ne nie ni des impasses ni des interrogations.

Si nous avons voulu considérer la communauté thérapeutique comme une modalité transitoire, une occasion de mettre en évidence les causes étrangères à la maladie qui ont pu en déterminer ou en déterminent la nature et les modalités, peut-être devons-nous à l'heure actuelle afin de survivre, croire à la communauté thérapeutique en tant que solution technique d'un problème spécialisé ? (Basaglia, 1969 : 713)

La communauté thérapeutique n'élimine pas, en effet, le problème plus important pour Basaglia. Selon lui, le contenu de la délégation politique qui caractérise le rôle du psychiatre au sein de la société, est à critiquer car cela réduirait le spécialiste psychiatre à un technicien.

En tant qu'agent institutionnel, on réalise que le maximum qui puisse être concédé est l'acte thérapeutique en tant qu'acte intégrateur qu'auprès de la société, c'est-à-dire un acte qui tend à faire accepter par le malade le fait d'être un éternel objet de violence à tous les niveaux. Ceci effectué, il ne reste de notre part qu'à accepter de devenir les nouveaux techniciens délégués du pouvoir à gestion technique du terrain toujours plus vaste des « aliénations ». Chaque inadaptation à cette société sera interprétée en termes « de maladie » et nous serons chargés de résoudre par le biais de l'acceptation de la violence les conflits sociaux. (1969 : 713-714)

Le secteur, pour Basaglia, est un dispositif bien placé pour organiser cette délégation. Il le considère comme issu du pouvoir politique qui ne change pas l'institution et les pratiques du psychiatre.

Le secteur pourrait déjà être une des nouvelles institutions que le pouvoir confie aux techniciens pour gérer le monde des "aliénés" ce qui pourrait déjà être de fait ce que nous craignons pour notre avenir. En effet, ainsi que notre action de renversement d'une institution s'arrête pour réfléchir sur elle-même, considérant la signification hautement intégrante de l'acte thérapeutique [...] la politique de secteur peut être la mise en évidence à peine voilée d'un système de contrôle de toutes les "aliénations" avec le dangereux élargissement du concept de l'aliénation qui pourrait en résulter (p. 714).

Cette question de la délégation ou, pour mieux dire, le refus de la délégation politique, est au cœur de la genèse de l'expérience communautaire de Gorizia. Comme Basaglia (1969) l'affirme, il faut rejeter la délégation et le mandat social que la psychiatrie hospitalière reçoit et exécute passivement. Cette délégation se résume à mettre à l'écart les hospitalisés et à les

traiter « de manière à ce qu'ils perdent la possibilité d'accomplir un choix autonome et responsable » (p. 716).

Le mandat social officiel, le devoir délégué par la société au sein de l'hôpital psychiatrique n'est pas celui de faire éclater l'institution asilaire mais de la maintenir en état, ni de renoncer au pouvoir du médecin mais de l'utiliser, non pas de critiquer le rôle social oppresseur et chronicisant de la psychiatrie, ni de favoriser la possibilité de contestations des exclus et des opprimés, mais de défendre les privilèges et les techniques qui excluent et qui oppriment. (p. 727)

Dans l'intervention au colloque à Courchevel, Basaglia fait commencer l'expérience de Gorizia exactement en 1962, par le refus de la gestion ordonnée et formelle du malade mental. Ces éléments ont produit une fracture de la solidarité fonctionnelle entre le personnel de l'hôpital, et cela a eu comme conséquence l'interruption de la chaîne de la délégation du pouvoir institutionnel « venu du sommet ». Cette interruption s'est manifestée concrètement en 1964, lorsque la vie de l'hôpital commence à s'organiser en fonction des réunions et des assemblées quotidiennes menées à tous les niveaux de l'institution hospitalière.

Contrairement à Basaglia, pour le groupe coordonné par Balduzzi (1969), ce colloque est l'occasion de présenter les problèmes concrets de la politique de secteur tels qu'ils se sont manifestés en particulier à Varese. En ce qui concerne les professionnels engagés dans l'expérimentation du secteur dans cette ville, l'assistante sociale représente, dans l'équipe thérapeutique, l'élément le plus nouveau. Elle travaille tant à l'extérieur qu'à l'intérieur de l'hôpital en commençant à s'occuper d'activités socio-thérapeutiques et de la réorganisation de certains pavillons de malades chroniques selon des bases communautaires, de problèmes administratifs apparus au cours de l'hospitalisation. Elle devient un appui psychologique et n'apparaît plus la représentante d'une agence de sécurité. Mais également le psychiatre et l'infirmier ont dû s'adapter à l'organisation de secteur en modifiant leur activité : le premier est obligé de rompre son habitude à travailler seul, le second doit suivre le malade même dans son milieu en se heurtant ainsi à des problèmes familiaux. Ces changements, émergés dans le travail d'équipe, exigent une coordination qui a été faite en regroupant les équipes en réunions plénières. Quant aux bénéficiaires du secteur, on a enregistré une augmentation des hospitalisations. Bien que cet argument soit utilisé par le *Movimento Anti-Istituzionale* (MAI) pour démontrer la menace du secteur, Balduzzi ne le nie pas<sup>42</sup>. Le principe de l'assistance

---

<sup>42</sup> Tant en France que lors de l'expérimentation italienne, l'émergence du secteur dans le panorama de la prise en charge ne s'accompagne pas d'une réduction de la population hospitalisée. Sur la situation en France, Henckes

unitaire engendre, en effet, l'accroissement de la demande des soins hospitaliers, à laquelle l'équipe de secteur doit répondre au fur et à mesure qu'elle s'installe dans la communauté.

À Varese, quand on entreprit l'assistance psychiatrique de secteur on s'attendait - car un accroissement quantitatif et qualitatif de l'assistance extrahospitalière était à prévoir - à une diminution ultérieure des hospitalisations. Les faits ont démenti cette prévision car au cours de la première année de politique de secteur (1965) il y a eu 91 internements de plus que l'année précédente, la deuxième année 19 de plus toujours par rapport à 1964, et la troisième année, 95. Cet accroissement est dû pour environ 70 aux réadmissions. Parallèlement la durée moyenne de séjour à l'hôpital diminuait progressivement. (p. 367)

Balduzzi admet donc ces variations dans l'expérience de Varese. Il l'explique par plusieurs facteurs comme une plus grande sensibilisation de la communauté extérieure vis-à-vis du problème psychiatrique ; par une plus grande fréquence des rapports entre les équipes de secteurs et les médecins, les employeurs, les prêtres, etc. ; et par une habitude de plus en plus répandue, y compris dans l'équipe thérapeutique, à se servir de l'hôpital en cas de nécessité. L'hospitalisation est le vrai nœud de la question car, selon lui, l'équipe de Varese ressentait autrefois la réadmission des patients à l'hôpital de manière frustrante, comme une expérience négative de leur activité. Cela, est dû à un « net préjugé idéologique » selon lequel il était nécessaire de « maintenir les malades le plus possible hors l'hôpital ».

Voilà donc comment la psychiatrie de secteur est en mesure d'offrir électivement et au moment opportun l'hospitalisation rapide, précoce et en rapport avec les exigences pathologiques particulières du malade ou de sa famille. Du reste, tout cela est prouvé par la manière dont est vécue, par le malade et sa famille, l'hospitalisation lorsqu'elle est effectuée par l'équipe de secteur et au contraire lorsqu'elle advient de façon traditionnelle, c'est-à-dire franchement coercitive. (p. 368)

Ainsi, contrairement aux positions de Basaglia, pour les partisans du secteur l'hospitalisation n'est pas un objet à combattre, donc à éliminer par la suppression de l'hôpital, car elle peut être un moyen thérapeutique. À partir de cette conviction, certains commenceront à envisager l'admission hospitalière non pas seulement comme une action coercitive, mais également comme volontaire. Si elle a des effets thérapeutiques, pourquoi ne pas permettre à quelqu'un de demander une hospitalisation pour soi-même ? En Italie, cette association est établie, pour la première fois en 1968. Mais avant d'approcher cela, il faut comprendre le projet structurel et symbolique dans lequel la question psychiatrique est officiellement réglementée en Italie.

---

rappelle que : la population des hôpitaux est restée à des niveaux élevés sans cesser de croître jusqu'à la fin des années 1960. Le pic est atteint en 1969 avec 120 000 malades (Henckes, 2007 : 38)

### **3.2.4 Ni le secteur français, ni la communauté thérapeutique anglaise : l'assistance psychiatrique dans le projet d'un Service Sanitaire National (SSN)**

À partir de cette analyse centrée sur les points de vue des professionnels de l'époque, on comprend mieux pourquoi le corpus DISAME reste silencieux jusqu'en 1967. La question de l'assistance psychiatrique ne devient pas objet de réglementation spécifique car, dans cette période, le débat reste bloqué entre les alternatives suivantes : l'acceptation ou le rejet du secteur, qui impliquent respectivement la réforme ou la destruction du cadre asilaire des soins psychiatriques. Les Italiens n'ont donc pas encore choisi la cible contre quoi lutter et, par conséquent, le dispositif pour le faire. L'Italie, en grand partie celle du Nord, est littéralement divisée entre, d'un côté, les expériences de secteur, qui démarrent dans les Provinces de Turin, Milan, Varese, Venise, Padoue, Trento, Bologne et Florence et, de l'autre, les expériences où le M.A.I. met en place le modèle de la communauté thérapeutique à savoir : Gorizia, Vérone, Trieste, Gênes, Parme, Reggio d'Émilie, Modène, Ferrara, Arezzo, Volterra, Livorne, Pise, Naples et Reggio de Calabre<sup>43</sup>.

La question psychiatrique apparaît officiellement dans le corpus DISAME en 1967. C'est la loi du 27 juillet, n° 685<sup>44</sup> qui rompt la période muette. L'approche socio-informatique ici suivie et le travail de bédiction de constitution du corpus permettent de pointer le regard sur ce texte qui passe à la trappe dans tous les travaux sur l'assistance psychiatrique en Italie. Si cet oubli peut être motivé par les conséquences faibles que ce texte a eues au moment de sa promulgation, sur la question psychiatrique, ses conséquences différées permettent d'en juger différemment la portée. Pris dans la série d'événements et de textes de DISAME, il annonce, en effet, pour la première fois, que l'action de l'État à l'égard de la question psychiatrique ne sera pas une question de *lutte contre* mais de *protection*. Essayons d'éclairer tant les conséquences différées de ce qui est annoncé dans ce texte que la genèse de ce que deviendra la *tutela della salute mentale* (la protection de la santé mentale).

Cette loi présente un programme économique très ambitieux pour le quinquennat 1966-1970 : pour la première fois, on augmente les ressources financières nationales pour les politiques sociales. Pourquoi ? Ces ressources servent à financer des politiques afin de

---

<sup>43</sup> À ces Provinces, il faut ajouter celle de Pérouse, en Umbria, où on a réussi à établir, en même temps, la politique de secteur et celle de la communauté thérapeutique. Pour un panorama général de ces expériences, voir le travail de E. Balduzzi et C. Balduzzi (1981 : 577).

<sup>44</sup> *Approvazione del programma economico nazionale per il quinquennio 1966-1970* (Délibération du programme économique nationale pour le quinquennat 1966-1970).

diminuer les inégalités entre le Nord et le Sud du pays dans plusieurs domaines<sup>45</sup> : école, logement, santé, recherche scientifique, transports, formation professionnelle, défense. En ce qui concerne la santé, l'acteur qui devra contribuer à l'épreuve de réduire ces inégalités est le Système Sanitaire National (SSN). Au chapitre VII de la loi, intitulé Protection sociale (*Sicurezza sociale*), on retrouve l'annonce de sa future réalisation.

le Ministère de la santé, en réalisant un SSN, articulé dans les Communes, dans les Provinces et dans les Régions, et en utilisant les diverses activités du secteur, publiques et privées, dirigera et coordonnera la politique sanitaire du Pays<sup>46</sup>.

Pris d'un point de vue historique, cette nouvelle entité, le SSN, et sa forme en réseaux constituée tant d'acteurs centraux que périphériques de l'État, ne sont que l'aboutissement d'un long parcours. Comme le rappelle Giovanna Vicarelli (2004 : 10)<sup>47</sup>, la première loi sanitaire de l'Italie Unie remonte à 1888, et c'est là qu'on peut détecter le début de l'histoire de la protection sanitaire en Italie. À la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle, avec l'industrialisation et l'urbanisation du pays le problème de la santé doit être abordé sérieusement. D'abord, par un « État providence résiduel » qui n'assure la protection sociale qu'aux acteurs socialement donnés comme la famille ou les formes de solidarité issues du paternalisme religieux du patronat ou du monde associatif du syndicat. Ensuite, la protection sociale devient obligatoire et réglementée selon des règles communes et on élargit l'assistance également aux pauvres. La période entre 1900 et 1914 apporte une amélioration générale des conditions de santé de la population, mais l'État n'arrive pas à développer une politique sanitaire. C'est dans le cadre d'une politique de tutelle de l'ordre public que sont promulguées la législation concernant la malaria en 1907, et l'institution de l'ordre des médecins en 1910. Ces conditions préparent le terrain fertile au fascisme qui prévoit des assurances obligatoires contre la tuberculose et les maladies professionnelles et l'organisation d'instituts en faveur de la maternité et de l'enfance. Un nouveau modèle d'intervention sanitaire se développe autour d'un « État Providence corporatiste ». L'intégration sociale est ainsi déléguée au marché, car l'assurance obligatoire est liée au type de métier de l'assuré et à un nouvel engagement de la famille dans l'assistance.

---

<sup>45</sup> Cette période est caractérisée par un développement économique qualifié par les adjectifs « miracle » ou « boom » pour son arrivée inattendue et rapide pour l'Italie. C'est dans ce climat, qu'on prépare les réformes les plus importantes de la décennie suivante. L'idée de famille sera profondément changée à la suite de plusieurs décisions politiques : la loi sur le divorce, le droit de la famille est reformée pour établir la parité entre hommes et femmes, institution de services pour l'assistance à la famille et à la maternité et de l'École maternelle, l'avortement.

<sup>46</sup> a) *il Ministero della sanità, realizzando un Servizio sanitario nazionale, articolato nei Comuni, nelle Province e nelle Regioni, e utilizzando le diverse attività del settore, pubbliche e private, dirigerà e coordinerà la politica sanitaria del Paese.* L'institution du Ministère de la Santé est faite le 13 mars 1958 par la loi n° 296.

<sup>47</sup> En langue française, on pourra consulter, à ce propos, Vicarelli et Mallet (1999).



Lors de la constitution de l'État Republicain (1948) on décide de prolonger l'État providence résiduel et de l'élargir à toute la population. Mais face à une faiblesse de la politique italienne, il y a une permanente valorisation des systèmes traditionnels de protection sociale « la famille, la parentèle, la communauté, la catégorie professionnelle » (p. 13). L'État s'érige garant d'une nouvelle forme de protection sociale gérée par des mutualités obligatoires, qui repose sur la reconnaissance de la citoyenneté de ceux qui ont un travail garanti. Les inégalités dans les prestations, la fragmentation institutionnelle, la démultiplication des parcours de soins, le gaspillage financier, ne sont que les résultats d'une culture considérant la santé comme un outil de consensus social qui permet occupation, clientélisme et moyen de financement occulté. C'est en opposition à ce modèle qu'au cours des années 1960 et 1970 commence à se développer l'idée de structures publiques déconcentrées, en proximité des besoins de la population, et soumises à un contrôle crédité à des acteurs locaux. C'est à partir de ces principes qu'on envisagera une nouvelle définition des Régions auxquelles on confiera le SSN.

C'est sous l'épreuve de « protéger » qu'on voit programmer et envisager le futur SSN. Cette épreuve doit être assurée par des représentants locaux qui se partageront le territoire. Ils seront appelés *Presidi*<sup>48</sup>. Dans une perspective de regards croisés, il convient de s'arrêter sur cette nomination sans en proposer une traduction française. Le mot italien *presidio*, du latin *praesidium*, indique, tout d'abord, une garnison, un groupe de militaires qui garantissent et assurent la protection d'un territoire ou d'une forteresse. Le mot peut indiquer également l'action de protéger ou prendre la défense de quelqu'un. En français existe le mot *présidium* qui a la même origine latine de *presidio*, mais est peu courant et presque inutilisé. Il indique les mêmes significations qu'en italien : « protection, défense, secours », « garde, escorte », « lieu défendu par une garnison » ; et, d'un point de vue figuratif « ce qui protège, défend ». Or, bien que la dénomination d'un acteur n'indique pas forcément la nature de l'action qu'il mènera sur le terrain, elle offre néanmoins une piste d'interprétation sur la fonction sociale pour laquelle cet acteur a été institué. C'est le cas de *presidio*. De plus, une interprétation sur la dénomination officielle d'un acteur est d'autant plus nécessaire lorsqu'on veut, comme dans le cas de cette étude, différencier des répertoires d'action comme ceux de *lutter contre* ou de *protéger*, qui n'appartiennent pas aux mêmes mondes cognitifs.

---

<sup>48</sup> Du premier texte de 1967 à l'avant dernier de 2010, PRESIDIO@ (2464 scores) est une entité presque omniprésente dans les textes des auteurs : elle ne quitte le corpus que dans 5 textes sur 283 et elle est mobilisée par 23 Auteurs sur 24.

Le premier *presidio* représentant le SSN sur le territoire national c'est l'Unité Sanitaire Locale (USL) (*Unità Sanitaria Locale*). Une commission a déjà calculé la nécessité de prévoir 2 113 USL. Mais que doivent-elles faire et comment sont-elles définies ?

Les unités sanitaires locales devront réaliser, en coordination avec l'activité d'autres *presidi* sanitaires, le contact avec la population ; leur nombre est établi en fonction des caractéristiques géomorphologiques et démographiques de chacune des régions, entre 15 000 et 50 000 habitants par unité sanitaire, sauf pour les centres urbains avec plus de 100 000 habitants dans lesquels les limites minimales de la population ne doivent pas être inférieures à 50 000 habitants<sup>49</sup>.

L'action cognitive de découpage géographique fait ainsi partie, comme pour le secteur français, de la formation des dispositifs des USL et, enfin, du système de protection sociale envisagé. Mais à la différence du secteur, on attribue à ces dispositifs une propriété performative dès leur conception.

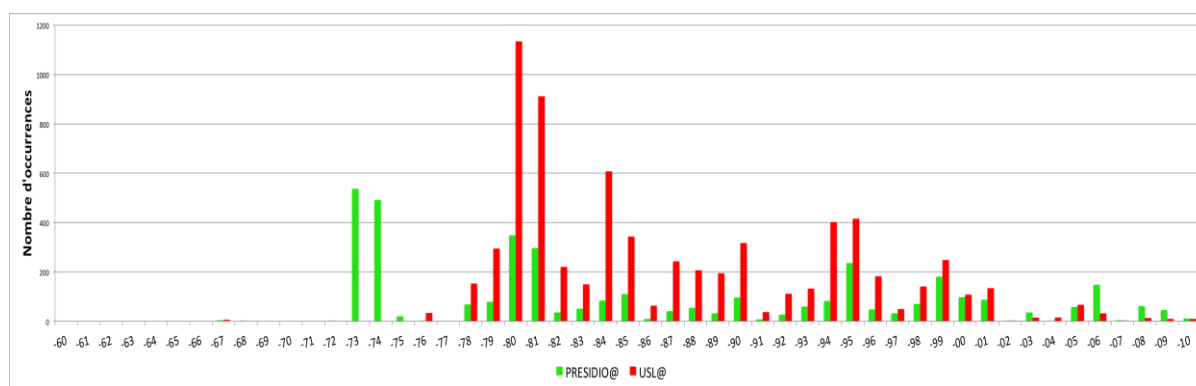
Celle-ci (l'USL) assurera la protection de la santé du citoyen au niveau de l'intervention sanitaire de base, avec fonctions essentiellement préventives, de médecine sociale et d'éducation sanitaire, et concentrera au niveau local et dans une seule structure plusieurs organismes différents et toutes les compétences et les fonctions sanitaires qui actuellement se dispersent.<sup>50</sup>

On peut maintenant représenter les effets différés de ce texte par deux graphiques. Le premier, le n° 7, montre en particulier comment ce qui est annoncé en 1967, des *presidi* et des USL, émergera de manière importante seulement dans les décennies suivantes. Si dans la première décennie la présence de ces deux entités en DISAME est presque invisible (7 pour PRESIDIO@ et 6 pour USL@), à partir des années 1970 elle deviendra constante dans le temps et quantitativement variable. De plus, ce graphique préannonce la diminution progressive de l'USL@ dans les textes des auteurs.

---

<sup>49</sup> *Le Unità sanitarie locali dovranno realizzare, in coordinamento con l'attività degli altri presidi sanitari, il più diretto contatto con la popolazione da servire : il loro numero sarà stabilito in funzione delle caratteristiche geo-morfologiche e demografiche delle singole regioni, assumendo a parametri minimi e massimi di popolazione 15 mila e 50 mila abitanti per unità sanitaria, salvo che per i centri urbani con più di 100 mila abitanti nei quali i limiti minimi di popolazione non dovranno essere inferiori ai 50 mila abitanti.*

<sup>50</sup> *Questa assicurerà la tutela della salute del cittadino a livello dell'intervento sanitario di base, con funzioni eminentemente preventive, di medicina sociale e di educazione sanitaria, e riassumerà in un'unica struttura tutte le competenze e tutte le funzioni sanitarie che attualmente si ripartiscono, a livello locale, tra un numero notevole di organismi diversi.*

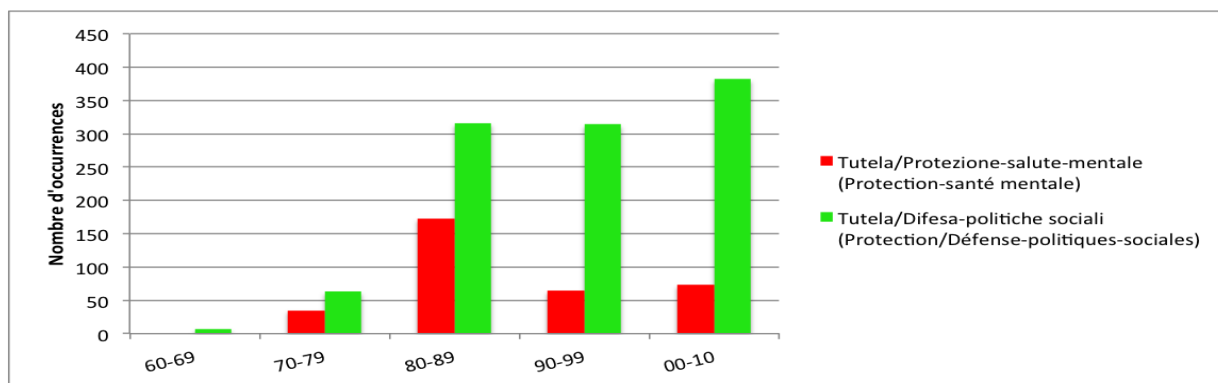


**Graphique 7. Chronologie du nombre d'occurrences des Êtres-Fictifs PRESIDIO@ (3 651) et USL@ (6 996) en DISAME**

Le second graphique, le n° 8, concerne plus directement la santé mentale et l'action qu'à son égard l'État italien commencera à déclarer seulement dans les périodes suivantes. Précédemment, on a dit que dans ce texte on préannonce la stratégie étatique qui sera celle de s'orienter vers la protection de la santé mentale. En effet, dans ce texte, l'assistance psychiatrique rentre dans le chantier de l'assistance sanitaire : on annonce une future « Loi-cadre »<sup>51</sup>. Ce qui veut dire qu'on ne conçoit en aucune manière cette question comme une lutte contre des entités à combattre<sup>52</sup>. Et non plus comme une action à mener par des dispositifs qualifiés comme *psychiatriques* et parallèles aux dispositifs de la politique sanitaire globale du pays, les *presidi* et le Système Sanitaire National. Même si d'un point de vue lexicométrique la présence de l'expression *assistance psychiatrique* dans ce texte est ridicule, on n'y compte qu'une seule occurrence, tout est là : ce texte est précurseur du travail réglementaire qu'on verra se concrétiser vers la fin des années 1978. Il déplacera la question psychiatrique du champ judiciaire à celui sociale et sanitaire, et organisera l'action de l'État visant à la *tutela della salute mentale* (protection de la santé mentale).

<sup>51</sup> Loi définissant les grands principes ou orientations d'une réforme dont la fonction législative des Régions pouvait s'exprimer. Formellement, après une réforme Constitutionnelle en 2001, cette catégorie de loi n'existe plus en Italie.

<sup>52</sup> On ne compte aucune présence du verbe lutter en DISAME mais 153 du substantif *lotta* (lutte). En aucun de ces derniers cas est présente l'expression *lutte contre* la/les maladie/s mentale/s. Parmi les entités associées à cette expression, on retrouve en tête de liste, le Sida, les tumeurs et les maladies cardiovasculaires.



**Graphique 8. Chronologie du nombre d'occurrences des catégories « Protection-santé mentale » (345) et « Protection/Défense politiques sociales » (1 082)**<sup>53</sup>

### 3.3 Le cadre hospitalier et ses réformes

La réglementation française sur la notion de secteur et l'annonce d'un Système Sanitaire National marquent le début de la prise en compte de la question psychiatrique dans les deux cas étudiés. Mais analyser comment ont évolué les pratiques de délégation de soins, exige d'approfondir deux points dans ces configurations. On doit, d'un côté, considérer l'évolution des lieux qui ont encadré ces pratiques et les conséquences de cette évolution sur les acteurs, de l'autre, analyser les conséquences de l'acte de s'en remettre à un spécialiste de la psychiatrie dans les cas étudiés. Cette forme de raisonnement qui caractérise l'enquête de type pragmatique inverse la logique traditionnelle causale : au lieu d'expliquer les causes d'un acte, elle suggère de déplacer le regard et le raisonnement du chercheur sur les conséquences des actes, afin d'éviter des formes de subjectivation injustifiées. Dans les cas ici étudiés, on peut donc tourner l'attention vers l'étude des modifications de l'hôpital psychiatrique et, ensuite, des conséquences attribuées à l'hospitalisation.

<sup>53</sup> Comme pour les catégories « lutter contre » et « lutter contre les maladies mentales », Prospéro permet de différencier les mêmes formes graphiques en les regroupant en catégories différentes selon leur emploi. Dans cette étude, la cible de la protection a permis de distinguer la protection d'entités matérielles (le sol, le territoire national, les ressources naturelles), les formes de protection relevant des politiques sociales, et la protection de la santé mentale. Cette distinction a ainsi permis de constituer les deux catégories représentées dans ce graphique. Dans la construction de ces catégories, on a tenu compte de substantifs suivants : *tutela* (action de protéger), *protezione* (protection), *difesa* (défense).

### 3.3.1 Renouveler l'hôpital psychiatrique français

Les conséquences de la notion de secteur pèsent sur le cadre hospitalier français : tant l'asile que les relations en son intérieur doivent changer. Mais comment ? C'est dans une autre Circulaire de 1960<sup>54</sup>, que le Ministre de la santé publique et de la population établit un plan directeur de l'hôpital général et psychiatrique<sup>55</sup> en France. La nécessité est celle de préparer et coordonner les travaux d'équipement à entreprendre. Mais si pour les hôpitaux généraux ce plan directeur consiste en l'énumération des services établie en suivant les différentes disciplines médicales qu'il est nécessaire de prévoir, pour les hôpitaux psychiatriques la chose est différente.

À l'hôpital psychiatrique, le problème se pose différemment puisque, sauf pour quelques rares exceptions, l'ensemble des pavillons sont appelés à recevoir des malades relevant des mêmes méthodes thérapeutiques.

Pour l'hôpital psychiatrique, il n'y a donc pas la nécessité d'organiser son plan et ses équipements en fonction des méthodes thérapeutiques ou de ceux qui en bénéficieront, les patients. Ce sont plutôt les suggestions des architectes et celles imposées par le plan d'urbanisme de la ville desquelles il faudra tenir compte. Pour les hôpitaux anciens, l'étude du plan directeur doit être effectuée en vue de se rapprocher au maximum de la conception exigée des hôpitaux psychiatriques neufs : pavillons d'hospitalisation, centre social, bloc technique à proximité, terrains de sport et services généraux pour les exigences économiques de la collectivité de l'hôpital. En ce qui concerne l'hospitalisation, la conception architecturale doit inclure des pavillons séparés de capacité d'hébergement relativement réduite : des unités de 25 lits groupés en 50 lits au maximum, et non la conception en « bloc » qui est retenue la plupart du temps pour l'hôpital. Si le souci d'organisation semble se limiter à des aspects architecturaux, ceux-ci ont des impacts également sur tout le système de relations entre professionnels, patients et visiteurs de l'hôpital. Parmi les actions on retrouve : « aérer l'accès de l'hôpital », « étudier si l'emplacement de cet accès doit être modifié ou si la composition du plan est à transformer », « rechercher une disposition donnant à l'établissement un caractère accueillant », « supprimer tous les éléments susceptibles de

---

<sup>54</sup> La Circulaire *relative au plan directeur des hôpitaux psychiatriques anciens*. Les citations qui suivent se réfèrent à ce texte.

<sup>55</sup> Ce plan avait été lancé par la Circulaire du 10 octobre 1958.

donner à l'hôpital psychiatrique un aspect carcéral », « s'efforcer de limiter le nombre des accès au numerus indispensable », « trouver à côté de la loge du concierge une petite salle d'attente où le visiteur sera orienté vers la partie de l'hôpital où il doit se rendre ». Et, généralement sur l'établissement, voici les principales consignes du Ministre : « l'établissement [...] doit être recomposé en recherchant un centre d'intérêt (centre social par exemple ) », « Les espaces verts seront ménagés dans la perspective de leur utilisation par les malades », « Des signalisations et les écriteaux nécessaires seront placés à l'intérieur de l'hôpital, permettant au visiteur de trouver son chemin », « Les problèmes des circulations à l'hôpital psychiatrique conçu sous la forme du village doivent faire l'objet d'une étude attentive pour permettre un accès facile », « Le tracé des circulations, tout au moins en ce qui concerne les pavillons d'hospitalisation, doit être effectué en tenant compte de la commodité, en évitant le plus possible la rigidité qui éloignerait l'hôpital psychiatrique de la conception du « village » qu'il est désirable de lui donner », « Il est nécessaire de prévoir, pour chaque service médical, un ensemble de bureaux suffisant pour l'équipe médico-sociale appelée à y travailler, c'est-à-dire : médecin chef, surveillant général, assistante sociale, secrétaire médicale, internes, psychologue ». C'est à partir des consignes du Ministre, que l'hôpital français doit changer. L'attention est centrée sur les conséquences que l'architecture et les équipements de l'hôpital peuvent apporter à l'amélioration des conditions de vie à l'intérieur de ce lieu et à la prise en charge.

Une architecture qui ne prévoit pas la bisexualisation des hôpitaux psychiatriques, par exemple, pose problème à la sectorisation. Une circulaire du Ministre d'État chargé des affaires sociales<sup>56</sup> pose la question directement en disant que la sectorisation psychiatrique des départements se trouve « entravée » par certains hôpitaux qui sont réservés à un seul sexe. Le problème est présent même dans les hôpitaux où existent des services distincts par sexe car cela a comme conséquence que les patients du même secteur ne sont pas suivis par le même médecin chef de service. Il devrait être possible, selon le Ministre, d'assurer « partout la bisexualisation au moins au niveau des admissions » et ensuite d'étendre cette caractéristique architecturale à l'ensemble des services.

---

<sup>56</sup> Circulaire n° 12 du 24 janvier 1969.

### 3.3.2 La réforme hospitalière : une base pour la naissance d'un secteur à l'italienne ?

Un des textes marquant la réforme hospitalière italienne est celui du 2 février 1968 : la loi n° 132. Malgré le droit à la santé proclamé dans la Constitution Italienne, aucun système intégré et universel de santé publique avait été organisé en Italie. Cette loi réforme le statut juridique des hôpitaux qui deviennent administrations de l'État, et confie l'assistance hospitalière publique de tous les citoyens italiens et étrangers aux *Enti Ospedalieri* (Établissement hospitaliers). Même les personnes qui n'ont pas d'assistance délivrée par des mutualités sont incluses parmi leurs bénéficiaires. Ces établissements sont autonomes et dépendront des Régions qui devront les constituer par des décrets. Ils ont l'obligation d'hospitaliser toutes les personnes qui s'y adresseront pour n'importe quelle maladie, accident de travail et maternité. Ils peuvent même développer à leur extérieur des ambulatoires, des dispensaires, des services de consultations, centres pour les soins et la prévention. Ils peuvent également mettre en place des recherches et des enquêtes médico-sociales afin d'atteindre leurs buts institutionnels.

La place de l'hôpital devient ainsi centrale dans l'assistance sanitaire publique. L'hôpital psychiatrique commence à ne pas être traité comme un hôpital « spécial » et déconnecté du territoire : comme pour le secteur français, il fait partie d'un processus de déconcentration de ces structures et de reconfiguration des relations avec le public auquel il s'adresse. Contrairement à ce qui se déroulera dans la décennie suivante, rien ne fait penser qu'il y a une volonté politique hostile aux hôpitaux psychiatriques, ou un projet qui peut aboutir à leur définitive fermeture. Deux textes à l'appui de cette interprétation. D'abord celui du premier acteur, au niveau régional, qui se saisit de la question, c'est la Région Frioul Vénétie Julienne (FVJ)<sup>57</sup>. Une loi permet aux administrations des Provinces de cette Région de pouvoir bénéficier de financements visant au développement de l'assistance psychiatrique tant dans l'espace extrahospitalier (dispensaires et ambulatoires) que dans celui hospitalier (hôpitaux de jours et de nuits, ateliers protégés). Seront même financées l'institution de formations spécialisées d'ergothérapeutes et bourses d'études pour professionnels de la psychiatrie. Mais c'est le second texte, la loi intitulée *Provvidenze per l'assistenza*

---

<sup>57</sup> Parmi les cinq Régions autonomes à statut spécial, le Frioul Vénétie Julienne a, depuis le 1963, une autonomie législative et financière. C'est afin de protéger les minorités linguistiques et d'éviter des mouvements séparatistes que, entre 1946 et 1948, il y a eu la création des premières quatre Régions à statut spécial : Vallée d'Aoste, Trentin-Haut-Adige, Sardaigne et Sicile.

*psichiatrica*<sup>58</sup> qui suggère la naissance d'un secteur à l'italienne pour l'assistance psychiatrique. La littérature sur la législation psychiatrique commente ce texte pour d'autres raisons : l'institution d'un réseau de services extrahospitaliers et l'abrogation d'un article du Code Pénal. Laissons ce dernier point au paragraphe suivant, car dans ce regard croisé italo-français, c'est un autre point, le financement de l'espace hospitalier, rarement associé à cette loi, qui saute aux yeux. Par cette loi, le Ministre de la Santé est autorisé à financer plusieurs projets. Tout d'abord, les Provinces qui n'ont pas d'hôpital psychiatrique et qui s'appuient sur des établissements privés ou religieux, pourront bénéficier de financements destinés à améliorer l'assistance psychiatrique. Ensuite, d'autres financements s'adressent aux hôpitaux psychiatriques et aux services extrahospitaliers qui envisagent le renouvellement des équipements techniques et sanitaires ou recruter du personnel. Enfin, le Ministère de la Santé en accord avec celui de travaux publics donne garantie pour des emprunts finalisés à la construction, à l'agrandissement et à la restructuration d'hôpitaux psychiatriques. Pour ces raisons, on pourrait dire qu'un secteur à l'italienne voit le jour par ce texte. À l'appui de cette interprétation non courante, il y a également la volonté, dans cette loi, de fixer des points pour les hôpitaux psychiatriques et les services extrahospitaliers. Pour les premiers, on fixe le nombre maximum de lits (125) et des divisions (entre deux et cinq). Pour le personnel (médecin, infirmier, psychologue, assistante sociale et sanitaire), on fixe le rapport entre nombre de lits et nombre de professionnels et les modalités de recrutement. Les mêmes spécialités professionnelles sont fixées pour les services extrahospitaliers : centres ou services d'hygiène mentale qui peuvent dépendre ou pas de l'hôpital psychiatrique. Dans tous les cas, leur direction est confiée à un psychiatre. Mais l'importance de ce texte ne s'arrête pas là : elle porte également sur la conception du demandeur et du bénéficiaire de l'intervention psychiatrique.

### **3.3.3 Les conséquences de l'hospitalisation et l'émergence d'une admission volontaire aux soins hospitaliers**

Il est bien connu que la qualification d'une action spécifie et apporte une caractéristique déterminée à celle-ci. Si une action est *nécessaire*, ou *imprévue*, ou *obligée*, elle ne renvoie pas aux mêmes mondes cognitifs : ces trois qualifications permettent de différencier des actions selon leurs aspects contraignants, inattendus et obligatoires. Mais par les qualifications, on peut également provoquer une rupture temporelle entre des vieilles et des

---

<sup>58</sup> Appelée également *Legge Mariotti* du 18 mars 1968.



nouvelles manières de concevoir les actions. Cela se produit lorsqu'on ajoute une qualification inédite à une action. Ainsi, lorsqu'il est possible, les qualifications qu'on attribue à des actions doivent être saisies dans leur dimension chronologique. Par exemple, quand a-t-on commencé à qualifier d'*émergents* des pays, ou de *public* un problème, ou de *scolaire* un échec ? On pourrait dire qu'une entité traverse un point de basculement sémantique à chaque fois qu'elle est qualifiée de manière inédite dans le monde social. Et si cette qualification inédite est faite par une institution, elle peut se stabiliser dans le temps en normalisant les nouvelles qualifications attribuées à l'entité. Associer la qualification de *volontaire* à l'admission hospitalière en psychiatrie ne peut que rentrer dans ces cas. Il est bien connu que les lois qui ont réglementé l'asile n'ont pas prévu dans sa conception un bénéficiaire volontaire. Ce qui implique l'inscription dans ce dispositif, d'un côté, d'un bénéficiaire sans intentionnalité et, de l'autre, tout un réseau de lieux et d'acteurs auxquels on fait appel en raison de ce manque d'intentionnalité. Cette empreinte a fondé le clivage entre demandeurs de l'hospitalisation et bénéficiaires de celle-ci. Ce clivage a été nourri par association presque naturelle entre contrainte, absence d'intentionnalité et hospitalisation psychiatrique. Du point de vue réglementaire, la loi de 1904 pour l'Italie a stabilisé cette association. Or, la loi *Provvidenze per l'assistenza psichiatrica* marque, en Italie, un point de basculement incontournable dans la rupture de cette association<sup>59</sup>. Tout d'abord, elle va abroger un article du Code Pénal qui, depuis 1930, impose la communication de l'internement au Ministère de la Justice et la mention de cette action dans le fichier judiciaire personnel : s'en remettre à cette institution avait comme conséquence, la criminalisation des personnes internées. L'abrogation de cet article va ainsi éliminer l'agencement entre admission hospitalière et inscription dans le fichier judiciaire personnel. Une fois éliminé cet agencement, on en élimine également ses conséquences et donc la qualité criminelle attribuée au bénéficiaire de l'hospitalisation. Et, ensuite, la loi prévoit une admission volontaire : elle peut avoir lieu comme conséquence d'une demande volontaire d'une personne et avec une autorisation d'un

---

<sup>59</sup> L'hospitalisation libre à la demande de « l'aliéné » n'était pas non plus prévue dans la loi française du 30 juin 1838. Même pour les cas inoffensifs qui ne compromettent pas l'ordre public, le placement d'office est la règle. Mais ce dernier point est repris par la circulaire du 4 août de 1930 *relative aux placements volontaires gratuits*. Elle rappelle la pratique de certains maires que « lorsque une personne indigente manifeste des troubles mentaux sans se livrer à des réactions dangereuses » demandent au praticien de rédiger le certificat médical « de telle sorte qu'il ne laisse aucun doute sur la nature de l'aliénation et qu'il conclût à la nécessité de l'internement d'office » (p. 32). Pour le Ministre de la Santé, ce système « est évidemment critiquable, car il n'est pas indifférent que le placement ait ou n'ait pas le caractère volontaire ». C'est pourquoi il fixe les règles pour le *placement volontaire à titre gratuit*. Pour un nouveau texte réglementaire sur cette question, il faudra attendre la loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation. Cette loi va associer, pour la première fois, la qualité de « libre » à l'hospitalisation en psychiatrie.

médecin. Ainsi, cet article institue, en Italie, le premier bénéficiaire de soins psychiatriques volontaire de l'histoire de la délégation de soins en psychiatre. Bien entendu, par ces deux mouvements, cette loi ne va pas balayer des siècles d'association entre contrainte, criminalisation et hospitalisation psychiatrique. La loi, en effet, n'a pas donné lieu elle-même à des bénéficiaires volontaires, en chair et en os, qui se sont rendus volontairement au premier hôpital psychiatrique près de chez eux pour une brève hospitalisation. Mais du moins elle a levé la contrainte de passer par l'urgence et la force publique pour prendre en charge un problème psychiatrique. Elle n'a pas non plus changé la loi de 1904 dans sa substance. Malgré cela, l'empreinte policière de la question psychiatrique en est affaiblie. Cette ouverture permettra à n'importe qui de s'en remettre à un spécialiste des services de *salute mentale* comme demandeur et éventuellement comme bénéficiaire.

## Conclusion

Le troisième chapitre a permis de montrer comment au cours des années 1960 les acteurs politiques et les spécialistes concernés se sont occupés de la question psychiatrique. En ce qui concerne les premiers, par les textes réglementaires ils stabilisent le répertoire d'action et la cible visée de la nouvelle politique : *lutter contre* et *maladies mentales* pour la France, *protéger* et *santé mentale* pour l'Italie. On a pu montrer, par l'analyse des deux corpus, que cette association entre répertoires d'actions et cibles se stabilise dans les textes réglementaires dès les années 1960 en France, et au fur et à mesure en Italie. Les professionnels quant à eux, si dans le cas français discutent et critiquent le dispositif du secteur déjà installé dans le panorama politique, en Italie ils se partagent entre le modèle français et le modèle de la communauté thérapeutique anglaise. En outre, si pour les Français l'enjeu est celui de passer de la conception à l'application de la *politique de secteur*, les Italiens développent parallèlement une critique radicale de l'hôpital psychiatrique et des expériences de secteur. Cette dernière situation empêchera de choisir rapidement le dispositif institutionnel permettant de mener l'action de *tutela della salute mentale*.

## **Chapitre IV. Sectorisation et *settorializzazione* : de l'équivalence lexicale aux grands écarts pragmatiques (1970-1989)**

### **Introduction**

Après la période de gestation des années 1960 caractérisée, d'un côté, par l'entrée de la notion de secteur dans les textes réglementaires français, de l'autre, par l'annonce d'insérer l'assistance psychiatrique dans le Système Sanitaire National en Italie, la question psychiatrique est investie au cours des années 1970 et 1980 par l'émergence de réformes<sup>1</sup>. Quant au contenu de ces réformes, la France passe de l'institution du secteur à la sectorisation psychiatrique, et l'Italie de l'expérimentation de modèles alternatifs de soin à la promulgation de la loi n° 180, ensuite intégrée dans la loi n° 833 qui institue un SSN (Système Sanitaire National). Que font les acteurs au cours de cette période pour atteindre ces objectifs ? En ce qui concerne la France, le mot « sectorisation » renvoie à la mise en place du dispositif du secteur. Les commentateurs sont d'accord sur le fait que les acteurs politiques démarrent effectivement ce processus en 1985 lorsque on modifie l'article L 326 du Code de la Santé Publique pour donner un statut juridique au secteur psychiatrique en le définissant dans sa double dimension intra et extrahospitalière. Dans ce chapitre, il s'agit donc de prolonger ce qu'on a seulement annoncé au troisième chapitre : la notion de secteur commence à être qualifiée de « psychiatrique », et non seulement de « géographique », à partir des années 1970. Cette qualification ne va pas de soi, elle exige de passer des décisions politiques à l'actualisation des décisions. Quant à l'Italie, pour respecter une perspective de regards croisés on doit d'abord se demander si on peut traduire le mot français « sectorisation » en italien. Aucun doute si l'on suit Le Grand Dictionnaire bilingue Larousse : la traduction est « *settorializzazione* ». L'équivalence lexicale établie par cette traduction est pertinente encore aujourd'hui lorsqu'on veut se référer aux expériences de psychiatrie de secteur menées en France et au nord d'Italie. Les doutes sur cette traduction commencent toutefois à surgir lorsqu'on se demande si on peut faire le chemin inverse c'est-à-dire comment traduire en

---

<sup>1</sup> D'un point de vue quantitatif, on a représenté cette émergence, brutale en Italie et lente en France, dans les graphiques n° 1 et n° 2.

français *settorializzazione* ? Selon le même dictionnaire, la symétrie de la traduction serait respectée, mais si on fait attention aux usages de ce mot dans le contexte italien de l'époque, on ne serait pas sûr de suivre le Larousse. L'emploi de « *settorializzazione* », en effet, avait des conséquences pratiques complètement différentes de « sectorisation » : il visait à toute autre chose qu'à la mise en place d'une politique de lutte contre les maladies mentales. Que perdrait-on si l'on traduisait *settorializzazione* par sectorisation ?<sup>2</sup> La perte plus importante concernerait le contexte de mobilisation qui a précédé la réforme sanitaire italienne et ses conséquences pratiques sur la trajectoire de la réforme psychiatrique. C'est la raison pour laquelle on va répondre à cette question en expliquant comment ce mot était connoté dans les années 1970 et 1980 par les Italiens et en rendant compte dans quels types d'argumentations ce terme était employé. Cela amène l'enquête à répéter la même expérience qu'on a faite au troisième chapitre – chercher et trouver dans le cas italien l'équivalent de la notion de secteur français et en expliquer les différences – mais, cette fois, en abordant ce à quoi le terme sectorisation renvoyait des deux côtés des Alpes, dans la période considérée. Dans cette perspective, ni l'absence de *settore psichiatrico* (secteur psychiatrique) ni la présence de *settorializzazione* (sectorisation) dans DISAME, ne passent inaperçues dans l'analyse du cas italien. Au contraire, ces absences et ces présences sont ici questionnées à partir de documents informatisés ou non. On verra, dans cette manière de procéder, comment une approche pragmatique croisée avec une analyse socio-informatique permet de regarder les multiples usages des mots dans l'activité argumentative de tous les acteurs. Cette approche invite donc à ne pas s'en tenir aux frontières des statuts sociaux et à celles établies entre les langues. Mais avant de rentrer dans ces questions, prenons le temps de mieux définir certains concepts nécessaires à la construction du propos du chapitre.

De manière générale, on peut dire qu'une fois défini un répertoire d'action sur lequel on organise une politique, le passage à l'action exige des prises sur les cibles visées. Le suffixe – *isation* du mot « sectorisation » rappelle exactement ce passage. Sans prises sur les cibles, l'action n'a pas d'appui et risque donc soit de ne pas avoir de conséquences sur celles-ci, soit de mal cibler, c'est-à-dire de se tromper d'objectif. « Lutter contre » ou « *tutelare* »

---

<sup>2</sup> La réversibilité d'une traduction consiste à traduire d'une langue à l'autre pour ensuite revenir au texte de départ. Le but c'est confronter les écarts éventuels entre le résultat de ce processus et le texte original. Comme il n'existe pas une réversibilité optimale, selon Umberto Eco « Traduire signifie toujours "raboter" quelques-unes des conséquences que le terme original impliquait » (2006 : 116). Le processus de traduction devient ainsi le résultat d'un processus de négociation entre des pertes et des compensations.

(protéger) ce sont des actions qui n'échappent pas à la question de la tangibilité<sup>3</sup> de leurs cibles. Car si l'on édifie une action publique sur ces actions, la question des cibles est décisive pour atteindre de manière rationnelle et planifiée les buts souhaités. Lorsque les cibles sont des notions à tangibilité controversée, comme dans le cas d'espèce des maladies mentales et de la santé mentale, cette question est d'autant plus pertinente. Comment, dans le cadre d'une politique, peut-on mobiliser des équipements, des financements, des professionnels, des institutions d'État si la cible n'est pas tangible ? Pour qu'un État puisse déboursier des millions, il faut justifier cet effort ou du moins rendre visible les cibles et détailler les stratégies pour les atteindre<sup>4</sup>.

Pour les acteurs qui doivent s'engager dans une action de délégation, il faut parvenir à un accord sur un minimum de factualité des cibles qui motivent l'acte même de délégation. Cet accord permet de pouvoir passer des notions abstraites, comme celles de maladies mentales ou santé mentale, aux personnes en chair et os. Un vrai travail de production de la tangibilité doit donc se mettre en marche pour stabiliser les représentations du problème et les pratiques d'expertise et de recours aux experts. Plutôt que d'entretenir une opposition entre rationalité et irrationalité ou santé et maladie qui entrainerait vers des catégories figées par des experts, il est plus heuristique de saisir comment les politiques ont su mettre en place ce processus de partage de tangibilité. Une première approche permet de surmonter le problème de tangibilité de la cible, renvoie à ce qui, par définition, est rattachable à une entité concrète. Et, quoi de plus concret que le sol et le territoire ? Lorsqu'il s'agit de planifier l'action sur un problème à tangibilité controversée, définir un espace de mouvement est une contrainte décisive. Cet espace devrait assurer le principe de l'universalité et d'égalité de tous les citoyens à l'égard de ceux qui s'érigent à être spécialistes et propriétaires des remèdes. Si l'on ne veut pas risquer de manquer la cible, il faut viser tout d'abord l'espace géographique où celle-ci se déplace. C'est pourquoi on délimite de manière toujours plus performante afin de

---

<sup>3</sup> Dans le cadre de la sociologie des mobilisations collectives et des problèmes publics, la notion de tangibilité renvoie à la manière dont les acteurs tentent de réduire l'incertitude qui caractérise la problématique qu'ils rencontrent. Plusieurs procédés sont modélisés afin de rendre tangible un problème et faire face à cette incertitude : faire surgir dans le monde sensible l'objet ou le phénomène en discussion, de sorte que plus personne ne puisse le contester ; recouper des témoignages et croiser des sources indépendantes de façon à établir une convergence des vues ; utiliser des standards quantitatifs et un même espace de calcul afin de raisonner à partir de probabilités et d'intervalles de confiance. Sur ces procédés et sur la notion de tangibilité voir Chateauraynaud (2011 : 252).

<sup>4</sup> Pris d'un point de vue pragmatique, le débat sur l'existence ou pas de la maladie mentale et celui de la définition de la santé mentale, n'ont pas vraiment d'importance car ce qui compte ce sont les conséquences provoquées par ces débats chez les acteurs : définitions de réseaux sociotechniques et économiques, émergence ou disparition de professions, développement de programmes de recherche, mobilisations, promulgation de lois, etc.

mieux planifier l'action. Cette prise se met en place dans cette période et les deux cas montrent différentes démarches de traitement du territoire : la production de cartes sanitaires et psychiatriques pour la définition de *secteurs psychiatriques* en France et celle de *zone* (zones) et *distretti*<sup>5</sup> en Italie pour développer un SSN. Une deuxième approche, de niveau supérieur, concerne les agents de l'action politique (structures, professionnels, réseaux relationnels, modèles organisationnels, outils de gouvernance) mobilisés dans ces territoires. Si l'on prend au sérieux les épreuves de *lutter contre* ou *protéger* des entités, des conséquences pragmatiques doivent être satisfaites : on doit disposer d'un arsenal mobile et immobile fait de structures et de personnels, de techniques et d'outils. Si ces conditions ne sont pas satisfaites, on tombe dans le piège d'évoquer des ennemis, les maladies mentales, sans les combattre, ou de déclarer des valeurs, comme la santé mentale, sans les protéger d'éventuels risques<sup>6</sup>. La troisième approche consiste à jeter les ponts entre la cible visée par la politique et d'autres cibles faisant un plus haut degré de consensus quant à leur tangibilité. Dans le cas de la psychiatrie, elle consiste à puiser dans la tangibilité des cibles non-psychiatriques pour en augmenter celles des cibles psychiatriques. Cette prise se met en place en Italie par une fédération de causes hétérogènes qui a contribué à inscrire la question psychiatrique italienne dans le registre de la *tutela della salute*.

#### 4.1 Faire d'une entité géographique un dispositif de lutte : la lente mise en place de la sectorisation française

Toute action stratégique qui s'oriente à combattre ou à protéger une cible, même lorsque celle-ci est virtuelle, ne peut que se déployer dans un espace géographique. Le souci de concevoir le secteur français comme un territoire, comme une entité géographique, s'inscrit en premier lieu dans cette orientation. C'est ce qui rend la lutte contre les maladies mentales à la française, un cas exemplaire. Mais si dans les années 1960 le secteur reste une

<sup>5</sup> En italien, « *distretto* » est le mot utilisé pour indiquer un découpage territorial. Il est appliqué à plusieurs domaines comme l'école (*distretto scolastico*), la santé (*distretto sanitario*), l'armée (*distretto militare*). En français, « district » est également une division territoriale. Peu utilisé, ce mot circule dans le domaine sportif (« arbitre de district »).

<sup>6</sup> C'est toute la différence entre décision et actualisation. À ce propos, on peut différencier la « politique symbolique » caractérisée par des *policy makers* qui ont pris une décision politique mais n'ont pas l'intention de l'actualiser, des « politiques réelles » où, au contraire, le passage de la décision à l'actualisation est accompli. Pour certains, politique symbolique est synonyme de politique fictive, et la fausseté est expliquée par les stratégies de manipulation des élites à l'égard de l'opinion publique. Pour d'autres, il s'agit plutôt de synonyme de « pseudo-politique ». Cette acception considère que le passage à l'actualisation n'est pas fait à cause de l'indisponibilité de connaissances scientifiques nécessaires à l'action ou de la non qualification des *policy makers*. « *Politica simbolica* » est une entrée du dictionnaire italien des politiques publiques (Carpano et Giuliani : 336-341)

notion floue dont la propriété exclusivement géographique l'empêche de donner lieu à une nouvelle clinique, c'est dans les années 1970 et 1980 qu'on commence à lui créditer des propriétés performatives.

Le secteur, aire géographique bien délimitée, constitue l'assiette du service ou du groupe de services chargés de la psychiatrie, et également des organismes de traitement, de prévention et de postcure nécessaires<sup>7</sup>.

Le lecteur attentif à cet énoncé ne peut pas négliger que l'adverbe « également » relie des entités ontologiquement différentes entre elles : des « organismes de traitement, de prévention et de postcure nécessaires », et l'« aire géographique bien délimitée ». Les premiers renvoient à l'action et au monde médical, la seconde renvoie à l'espace de l'action et au monde géographique. Le Ministre de la santé publique et de la sécurité sociale de l'époque opère donc un changement sémantique qui exige des actions si l'on veut rendre effectif ce changement.

Pour que le découpage d'un territoire puisse se peupler d'organismes performatifs et, donc, avoir des conséquences sur les manières de se déplacer sur celui-ci, des nouvelles prises doivent être conçues. Ces prises permettent d'orienter tant l'action de ceux qui aménagent ce territoire que celle de ceux qui se déplacent pour se rendre à la destination cohérente à leur plainte. En changeant les formes de connaissances de l'espace géographique, ces prises font d'un espace inconnu et vide un lieu d'action et de circulation orientée. Parmi les principales, les auteurs de SAME mobilisent la carte :

---

<sup>7</sup> Circulaire n° 148 du 18 janvier 1971 *relative à la lutte contre les maladies mentales et élaboration de la carte sanitaire dans le domaine de la psychiatrie*.

**Repères discursifs n° 3. Corpus SAME : série d'énoncés présentés par ordre chronologique, sélectionnés à partir de la présence de l'Être-Fictif CARTE-SANITAIRE@**

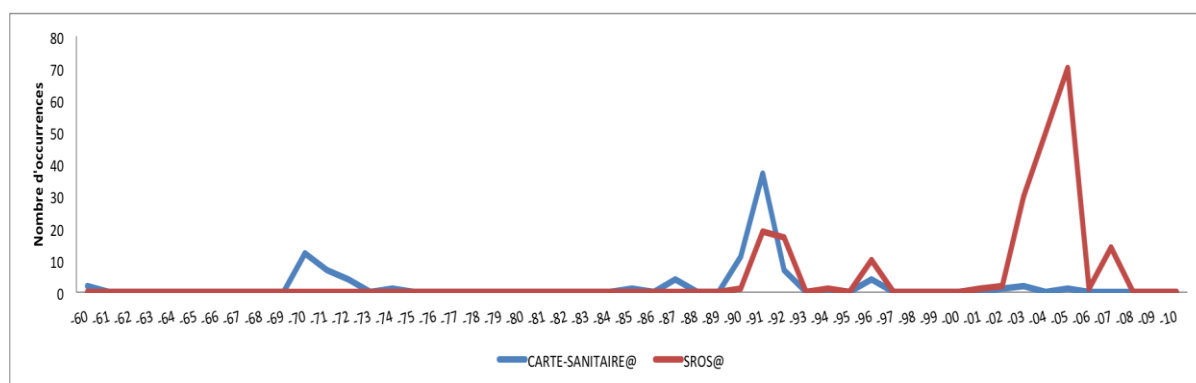
Années	Extraits d'énoncés
1960	Pour établir le programme d'organisation, il convient de disposer d'un certain nombre d'éléments sur la situation démographique et économique du département ; ces éléments sont les suivants : <b>Carte</b> du département sur laquelle sera indiqué le ou les hôpitaux psychiatriques existants dans la ou les zones qu'ils ont à desservir [...]
1970	La <b>carte</b> sanitaire de la France détermine, compte tenu de l'importance et de la qualité de l'équipement public et privé existant, ainsi que de l'évolution démographique et du progrès des techniques médicales : 1° Les limites des secteurs sanitaires et celles des régions sanitaires ; 2° Pour chaque secteur et pour chaque région sanitaire, la nature, l'importance et l'implantation des installations, comportant ou non des possibilités d'hospitalisation, nécessaires pour répondre aux besoins sanitaires de la population ; 3° La nature, l'importance et l'implantation des installations sanitaires d'intérêt national ou appelées à desservir plusieurs régions sanitaires.
1971	Dans cette circulaire : " 1 ° Nous rappellerons tout d'abord les principes de base sur lesquels repose l'organisation psychiatrique depuis la circulaire du 15 mars 1960 ; 2° Nous indiquerons ensuite le sens vers lequel il convient de faire évoluer cette organisation ; 3° Nous donnerons enfin les directives nécessaires en vue de l'établissement de la <b>carte</b> sanitaire dans le domaine de la psychiatrie.
1972	Le découpage sectoriel et l'équipement envisagé qu'il s'agisse de secteurs de psychiatrie générale ou d'intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile devront se faire dans le cadre de la <b>carte</b> sanitaire, elle-même établie dans des conditions qui seront définies ultérieurement, en application de l'article 44 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière
1987	La loi du 25 juillet 1985 permet de faire du secteur la base géographique d'une <b>carte</b> sanitaire de psychiatrie au même titre que les secteurs sanitaires mentionnés aux articles 5 et 44 de la loi hospitalière.

#### 4.1.1 Le carte comme appui pragmatique de l'action

Une des contraintes qui s'impose aux acteurs de l'action de s'en remettre à un spécialiste est celle de pouvoir se repérer dans un espace donné. Sans un dispositif qui oriente l'action de délégation, il est impossible de coordonner demandeur, spécialiste et bénéficiaire. Sinon, pourquoi se soucier de « l'accessibilité en urgence aux personnes en difficulté sociale », ou promouvoir des « consultations délocalisées dans les lieux de vie », ou organiser un « suivi après l'hospitalisation » ? Et, encore, pourquoi viser la réduction des « délais de réponse des différents services de psychiatrie, notamment s'il s'agit d'une première demande



adressée par un professionnel, pour avis » ? Pour qu'un dispositif puisse orienter une trajectoire de manière efficace, il doit permettre une perception à distance des parties potentiellement concernées afin d'éviter des déplacements désorientés. Quelles sont ces parties ? Traduit dans le langage réglementaire des acteurs politiques, il s'agit de l'offre et de la demande de santé. Tel pourrait être à partir des années 1970, le rôle d'orientation d'un dispositif que les auteurs du corpus SAME commencent à élaborer : la carte sanitaire et psychiatrique et, ensuite dans les années 1990, les schémas d'organisation sanitaire (SROS)<sup>8</sup>. Par l'énoncé suivant : *La carte sanitaire et les schémas d'organisation sanitaire ont pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins, en vue de satisfaire de manière optimale la demande de santé*<sup>9</sup>, des propriétés de prévision et de création sont créditées à ces outils.



**Graphique 9. Distribution temporelle des Êtres-Fictifs CARTE-SANITAIRE@ et SROS@ dans le corpus SAME**

Objet d'étude privilégié des géographes, la carte comme outil est mobilisée au service du renouvellement de l'assistance sanitaire et psychiatrique en France. L'émergence en SAME de la carte psychiatrique au cours des années 1970 et son rebondissement en 1990, exigent inévitablement un détour sur la notion de carte. Cela pour mieux montrer qu'en jouant le rôle d'un premier appui pragmatique sur la perception d'un territoire, la carte fournirait une première réponse à la question de la tangibilité des cibles de la question psychiatrique en France. Cette réponse consiste à substituer la cible déclarée par la politique, c'est-à-dire les maladies mentales, par le territoire lui-même, ceux-ci bien plus tangibles que celles-là. Est-ce là le début de la territorialisation de la psychiatrie française ? S'il est difficile de répondre à

<sup>8</sup> On retrouvera l'autre étape importante de ce processus institutionnel dans le prochain chapitre. Par la loi du 31 juillet 1991, on renforce la planification au niveau régional en instituant les schémas régionaux d'organisation (SROS). Ces schémas doivent répartir de manière optimale des installations et des structures de santé. Les cartes sanitaires seront substituées par les SROS. Pour un bilan des générations de SROS on peut consulter Lernout, Lebrun et Bréchat, (2008).

<sup>9</sup> Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

cette question, cette piste est du moins cohérente avec une acception générale de la notion de territorialisation. Elle qui désigne une évolution caractéristique des politiques publiques « qui prennent le territoire en lui-même pour cible, pour objet. » (Combeau, 2012 : 35)

Françoise Vergneault-Belmont (2008) fournit à ce propos un travail exemplaire à propos des propriétés perceptives et cognitives dans la genèse et dans les usages de la carte. Représentation analogique d'un espace à explorer, la carte renvoie au territoire appréhendé lors de la première enfance : d'abord par les yeux, puis par les mains, enfin par le corps entier et par les déplacements de celui-ci. Avant même le temps de l'école, cet outil est la première forme de prise de possession de l'espace à maîtriser ou à explorer pour devenir, après, une représentation d'un phénomène localisé sur un espace géographique. Selon l'auteure, il n'y a pas de cartes neutres (p. 62), cette représentation est donc le fruit d'une sélection, volontaire ou involontaire. La carte peut même devenir un outil de propagande ou de publicité. Cela est arrivé à l'époque de la guerre froide où la cartographie soviétique s'était spécialisée dans la falsification des cartes, en un temps où l'imagerie satellitaire ne permettait pas de démontrer ces trucages. Inventorier, montrer, représenter, expérimenter, interroger, jouer, découvrir, démontrer, transmettre, énoncer, symboliser, on ne compte pas les multiples fonctions cognitives sollicitées par les cartes. Parmi les sept clés qui permettent de saisir ce qu'est la carte (titre, légende, échelle, orientation, sources, signature et commentaire d'image ou grille de lecture), Vergneault-Belmont souligne la clé de l'orientation qui répond aux questions : « vers où ? », « Vers où diriger mes pas ? ».

Prise entre perception, action et cognition, la carte est au cœur de l'ouvrage d'Henri Jacob (1992) qui en souligne ses aspects politiques. Elle se définit, selon lui, moins par des traits formels que par les conditions particulières de sa production et de sa réception, par son statut d'artefact et de médiation dans un processus de communication sociale. Elle est un « mélange problématique » où coexistent l'illusion d'un référent représenté et l'opacité d'un support qui matérialise l'image de ce référent. Pour justifier l'idée que l'identité de la carte résiderait dans sa fonction de médiation, Jacob commente une des gravures sur pierre parmi les plus fameuses d'un site archéologique italien<sup>10</sup>. Cette carte, qui représente la répartition d'un territoire à l'âge du Bronze, interroge par sa localisation géographique : elle est placée sur un rocher surplombant ce territoire. L'identité de la carte et de son efficacité résideraient

---

<sup>10</sup> Il s'agit du site de Valcamonica en Italie du Nord. La gravure se trouve à Capo di Ponte au lieu-dit Bedolina. Pour l'intégralité de ce commentaire, on peut consulter les pages de 41 à 48.

dans la différence (un surplus ou un déficit) entre ce que le regard pouvait découvrir et le schéma gravé sur le rocher. Car le regard du paysage réel est moins efficace que le regard sur la carte. Par le passage d'abstraction qui mène de la vision panoramique à la vision de la carte, on peut mieux saisir un espace réel. Là où tout est assemblé et superposé, la carte introduit des constantes catégorielles qui permettent d'inventorier des différences, de classer des objets dans des catégories homogènes. Mais dès qu'on aborde des opérations cognitives propres aux cartes, on déborde rapidement sur leurs conséquences : définir le tracé d'un itinéraire veut dire pouvoir orienter, bloquer, filtrer les mouvements et les directions de choses et des personnes. Quant à la position surplombante de cette gravure, Jacob enrichit son interprétation par l'idée que le dessin intervient là où la parole se montre impuissante. Sinon, pourquoi les habitants d'une région montagneuse ressentiraient-ils la nécessité de redoubler par un artefact ce que l'on voit de haut et que tout le monde connaît par sa pratique empirique ? Sa position, permet à Jacob de démontrer les liens entre la carte et la sémiotique. Selon lui, cet instrument a le pouvoir semblable au rôle du débrayage énonciatif en sémiotique : il permet de passer d'un régime de discours à l'autre, du « je, ici, maintenant » qui constitue le contexte d'énonciation, au « il, là-bas, autrefois » qui est intégré dans l'énoncé même. Elle permet une prise à la perception de l'homme.

La carte instaure une distance entre la population et le territoire vécu, elle objective l'espace en l'extrayant des schémas de perception individuels. C'est désormais le même espace qui s'offre au regard de tous, miniaturisé et synoptique, réduit à ses traits essentiels et signifiants. Cette mise à distance produit un simulacre qui est la condition requise pour penser le partage, pour arbitrer les conflits et planifier l'avenir. La carte permet d'expérimenter un dédoublement et une distance : « je suis ici » est l'une des constantes du geste déictique porté sur la carte. « Je suis ici », c'est-à-dire la fois en deçà de la représentation, dans la réalité et sur la représentation même, dans un simulacre de cette réalité. (Jacob, 1992 : 47-48)

Les aspects politiques et sociaux ne manquent pas à l'identité de la gravure : par sa fonction symbolique de prise sur le réel, elle permettrait d'affirmer des droits et une souveraineté sur l'espace représenté<sup>11</sup>. De ce fait, elle n'échappe pas au statut d'instrument de gestion et de régularisation de la vie collective, du fonctionnement social et économique. Cette représentation pourrait donc indiquer la division du travail, la planification et la spécialisation d'actions, les limites des propriétés attribuées aux individus et aux familles. Si « gouverner par les instruments » est un enjeu dans nos sociétés, pour reprendre le titre d'un

---

<sup>11</sup> « L'espace de la carte appartient à tous et existe même indépendamment de toute apparence : il est un objet politique, le support virtuel de négociations, d'arbitrages, d'échanges, de décisions communes » (Jacob, 1992:48).

ouvrage qui fait consensus parmi les sociologues français (Lascoumes et Le Galès, 2004), la carte pourrait être considérée comme l'un des premiers de ces instruments.

Puisque l'on s'intéresse à des répertoires comme ceux de *lutter contre* ou de *protéger*, le lien entre les cartes et les actions militaires, belliqueuses ou non, ne peut pas passer inaperçu. Ce lien est souligné par Brian Harley, spécialiste anglais de cartographie historique. Bien qu'il soit abordé à l'échelle de la politique coloniale, ses réflexions permettent un parallélisme intéressant avec des politiques visant des cibles. Il considère que, en anticipant l'empire, les cartes ont été les armes de l'impérialisme autant que les canons et les navires de guerre.

Les géomètres marchaient à côté des soldats, élaborant d'abord des cartes pour des missions de reconnaissance, puis à des fins d'information générale, avant d'en faire un instrument de pacification, de civilisation et d'exploitation dans les colonies. (*in* Gould et Bailly, 1995 : 26)

Dans le contexte spécifique de l'exercice du pouvoir, les cartes servent à la légitimité de la conquête et de l'empire mais également à mener des négociations politiques de partages, de ventes et de traités conclus sur le territoire colonial et dans lesquels, une fois rendues permanentes par l'image, ces cartes acquièrent le plus souvent force de loi. Si le texte d'Harley permet de rappeler que l'histoire des cartes est inextricablement liée à celle de l'État-Nation (et à son ascension dans le monde moderne), il serait tout à fait légitime d'envisager la même relation entre les cartes sanitaires et l'État-Providence. Pour ce fait, l'État est devenu l'un des principaux commanditaires de l'activité cartographique dans des nombreux pays car monopoliser le savoir des cartes était une ressource économique. Mais c'est dans l'histoire de la technologie militaire qu'on retrouve l'interaction exemplaire du profit issu de ce savoir. Pour l'armée, les cartes ont toujours été considérées comme une forme « sensible » de savoir dont on peut estimer la valeur à partir des mesures pour conserver le secret ; et sur le plan pratique, les cartes militaires sont un rouage vital dans l'infrastructure technique de l'armée sur le terrain. Lorsque les techniques de guerre sont passées de la tactique des sièges à des tactiques plus mobiles<sup>12</sup>, les cartes qui les accompagnent aussi se sont transformées. Le savoir cartographique permet la conduite de la

---

<sup>12</sup> Il est bien connu que des « moyens mobiles », de secours et de soins d'urgence, font partie des instruments à dispositions des professionnels de santé. Dans le cas de la psychiatrie française, la propriété d'une équipe d'être mobile, a permis de commencer à parler d'une autre variante de psychiatrie : celle « de liaison ». Depuis 2001, la Circulaire du 2 août 2001 considère la création d'équipes psychiatriques de liaison, spécialisées sur les problèmes de pauvreté et de précarité ou d'équipes mobiles pour les situations de crise, une « réponse adaptée ».

guerre par un contrôle à distance permettant ainsi d'anticiper et de planifier l'action selon les coups ou les manœuvres de l'ennemi. Selon Harley, les cartes facilitent la conduite technique de la guerre, mais elles atténuent le sentiment de culpabilité que fait naître cette opération : les lignes silencieuses du paysage de papier suggèrent l'idée d'un espace vide de présence humaine. Même si l'on quitte la métaphore militaire, les cartes n'échappent pas aux rapports de forces comme ceux qui se jouent dans la production de cartes à des fins de publicité ou de propagande. Lorsqu'elles présentent une distorsion délibérée du contenu, on se trouve dans l'éventualité de débattre ou se disputer sur des écarts, des distorsions, des abus, par rapport à une réalité supposée partageable sans problème. Ces mesures se font en effet par rapport à des normes lorsqu'elles existent<sup>13</sup>. Ces distorsions peuvent être faites à fins politiques car derrière le critère des cartes se cache un ensemble de rapports de pouvoir qu'ils soient imposés par des individus ou par la bureaucratie de l'État. En manipulant l'échelle, en agrandissant à l'excès, ou en déplaçant les signes, la censure cartographique vise à tromper les utilisateurs potentiels, souvent considérés comme des opposants au *statu quo* territorial. Et les justifications à ces usages peuvent varier : sécurité nationale, concurrence politique, nécessité commerciale mais celle qui est la plus fréquente est celle militaire qui prend la forme pure et simple de l'interdiction de relevé. Même la suppression de plusieurs détails à des fins stratégiques comme les données relatives à des installations militaires sensibles est, depuis le XIXème siècle, une pratique possible<sup>14</sup>. Quelles réflexions tirer de ce détour sur la notion de carte pour approcher la sectorisation de la lutte contre les maladies mentales ?

#### **4.1.2 Lutter à l'aide de cartes psychiatriques**

La première réflexion qu'on peut tirer de la notion de carte concerne la faiblesse de l'expérience perceptuelle dans l'épreuve de la lutte contre les maladies mentales. Lorsque l'espace géographique est conçu comme un espace de combat et, donc, potentiellement dangereux, on ne peut pas s'aventurer dans sa découverte à l'appui seulement de la connaissance acquise par la perception des sens. C'est toute la difficulté des premiers voyageurs qui exploraient des terres inconnues sans l'aide des cartes, ou des touristes qui recherchent désespérément le plan de la ville pour éviter de se retrouver dans des quartiers considérés à risque. Car si l'on voit, si l'on sent un agent dangereux ou une menace, il est déjà

---

<sup>13</sup> Le nombre de lits par secteur, proposé d'abord par l'OMS et ensuite par le Ministère de la Santé, comme norme à suivre dans la définition de la carte psychiatrique.

<sup>14</sup> Harley évoque le fait que certains sites d'entreposage des déchets nucléaires sont omis des cartes du Service géologique des États-Unis.

trop tard. Ainsi, pour éviter de se retrouver non préparé, il faut commencer à s'équiper d'un outil comme la carte qui permet le prolongement des sens. Par elle, l'expérience de la lutte est amplifiée dans l'espace, car on voit jusque-là où l'œil ne permet pas de voir, et dans le temps, car le combat commence bien avant du déroulement de l'action de lutte. Cartographier l'espace de la lutte contre les maladies mentales permet ainsi de dépasser, à ce niveau, le travail perceptuel qui caractérisait la démarche clinique. Car si l'on met le doigt sur l'expérience perceptuelle, c'est parce que la vue, le toucher et l'écoute sont *les* expériences qui caractérisent la naissance de la clinique décrite par Foucault, au cours du XIX<sup>e</sup> siècle. Or, dans le cadre d'une politique publique, ces expériences ne sont plus suffisantes. L'espace d'observation du clinicien décrit par Foucault se limitait au corps dans toutes ses couches physiologiques. Le corps était le lieu où il fallait chasser l'entité morbide car c'était là où elle se déplaçait et se délimitait. Pour les maladies mentales, ni l'espace des frontières du corps ni celui de l'asile ne suffisaient plus : par la sectorisation, ce qu'on doit voir c'est d'abord le territoire. À l'immobilité de l'image du « lit du malade », on doit remplacer un réseau de déplacements bien plus complexe.

En prolongeant la première, la deuxième réflexion concerne en effet le mouvement des acteurs. Car prolonger les sens de la perception signifie également créer des appuis à l'orientation pour se déplacer en suivant une stratégie. Toute lutte rationnellement menée prévoit en effet une compétence géométrique pour se repérer dans l'espace et dans le temps, et cette compétence est fondamentale à toute stratégie d'attaque et de défense, à l'estimation du lointain ou du voisin, à l'évaluation du coin risqué ou du coin protégé, au calcul du chemin parcouru et de celui à faire. Dans ce sens, cartographier le territoire permet d'ouvrir ou de bloquer des trajets, de tracer des nouveaux chemins ou d'effacer ceux inappropriés, de favoriser ou d'inhiber des déplacements, de fermer ou d'ouvrir des lieux et des espaces stratégiques. Comme dans une grande ville en pleine rénovation où l'on veut créer des grands axes qui relient facilement les places et les monuments principaux, de la même manière, les trajets entre l'hospitalier et l'extrahospitalier doivent se canaliser sur des nouveaux circuits. Comme celui qui va de l'hospitalier à l'extrahospitalier<sup>15</sup> ou celui qui concerne différents lieux de l'extrahospitalier. Car pour stabiliser une nouvelle association entre « rester chez soi » et « pratiques de soins », il faut des équipements affectés à différents lieux de l'extrahospitalier, cela afin d'éviter les déplacements en direction de l'hospitalier. Si ceux-ci

---

<sup>15</sup> Ce virage de direction est souvent appelé « déhospitalisation ». On entend par ce terme le déploiement des mécanismes permettant de faire de l'hospitalisation une solution de dernier recours.

augmentent, il faudrait augmenter les sorties, c'est à dire les déplacements en sens contraire<sup>16</sup>. La conséquence cognitive principale provoquée par la carte c'est donc une régulation progressive, et éventuellement une prise de conscience des distorsions de celle-ci, d'un nouveau mode de circuler entre les institutions chargées d'articuler l'offre et la demande.

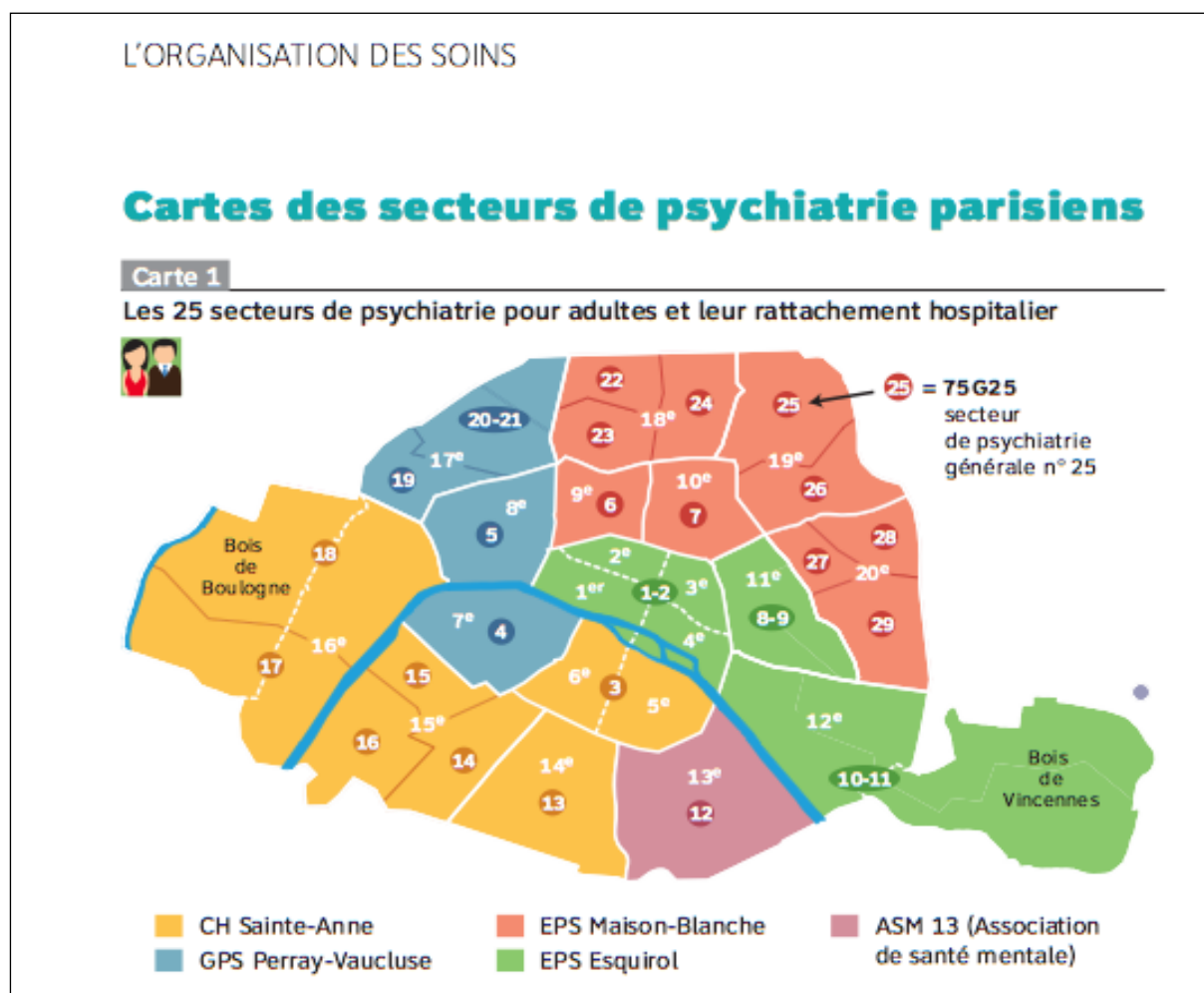
La troisième réflexion, concerne la carte comme appui à la prise de décision. Car dans une épreuve qui prévoit une lutte, il faut décider et agir, et le faire vite. Par le recensement des prises qui sont déjà déployées sur le terrain comme par exemple les sites et équipements, on fait le point sur ce qui est présent, pour avoir une idée sur ce qui est absent. Par l'analyse de celui-ci, on établit des sites où on fournit des équipements à l'action. Dans la logique médicale, il s'agit de bâtir ou de détruire pour rénover des édifices, comme les anciens hôpitaux psychiatriques et d'envisager des nouvelles structures. Mais cela ne se fait pas du jour au lendemain, et décider les passages obligés où chasser l'ennemi et l'éliminer, ne suffit pas. Il faut équiper ces institutions d'experts<sup>17</sup> et d'équipements, de sciences et de techniques. La carte, de ce point de vue, permettrait un appui incontournable aux problèmes des concepteurs des secteurs psychiatriques afin de mieux placer les points d'attaque de la cible et établir un échange entre concepteurs de la carte et spécialistes. Ils peuvent se dire « ici, manquent des lits », « là, il nous faut des assistantes sociales », « là, il n'y a pas de voies de communication routière donc on n'installe pas d'hôpital », « ces normes, ne sont pas respectées dans ce territoire », « ces lieux, ne sont ni couverts par le secteur Alpha ni par le secteur Beta ». L'association entre le spécialiste et les bénéficiaires-porteurs de la cible ou, si l'on veut, le moment de l'expertise peut être ainsi conçu non à partir des causes, la maladie mentale, mais comme la conséquence d'une bonne organisation de ces « centres de calcul » psychiatriques et des voies qui acheminent les personnes vers leur direction. Car la question de la carte est, du point de vue des conséquences, extrêmement imbriquée aux décisions des éventuels utilisateurs de celle-ci. Bien entendu les cartes psychiatriques des années 1970 ne s'adressent qu'aux institutions mandatées pour les produire matériellement. Mais comment éviter de considérer ces cartes comme les précurseurs de celles des secteurs de psychiatrie

---

<sup>16</sup> Malgré les bonnes intentions, cette nouvelle réglementation des flux de circulation a eu du mal à se mettre en place, et a donné lieu à des phénomènes comme celui, bien connu des spécialistes, de *revolving door* (porte tournante) qui consistait à observer le va-et-vient répété, entre l'hospitalier et l'extrahospitalier, des mêmes patients.

<sup>17</sup> On voit en psychiatrie la présence inédite de spécialistes non psychiatres comme les assistants sociaux, les psychologues et, en Italie, les sociologues.

d'aujourd'hui ? *Le guide de la psychiatrie publique à Paris* (2010) en fourni des bons exemples<sup>18</sup>.



Lorsqu'on fait circuler dans l'espace public des cartes comme celles-ci et celle présentée à la page suivante, on peut envoyer plusieurs messages qui visent, de manière générale, à régler la délégation de soins. Accompagnées par des légendes et rassemblées sous forme de guide, ces cartes s'adressent directement aux demandeurs et aux bénéficiaires potentiels pour leur dire : « Vous voyez ? C'est là qu'il faut aller », « Ici, ce sont des services d'aide par le travail, alors que pour se soigner c'est dans un autre endroit », « Ici, c'est une Centre Médico-psychologique, donc vous pouvez demander un entretien mais également des médicaments », « Dans ce lieux, vous ne trouverez pas de médecins », « Si vous entendez des voix qui vous troublent, rendez-vous immédiatement ici, c'est un service dédié aux urgences ».

<sup>18</sup> Le guide est disponible en ligne sur le site [www.psycom75.org](http://www.psycom75.org).





Malgré la lenteur de la mise en place de la sectorisation, par la tangibilité d'une carte on peut commencer à toucher présences et absences. On peut ainsi localiser et équiper des entités, les relier et calculer leurs distances, les publiciser, bref leur donner une existence. Un répertoire d'action comme *lutter contre* n'a aucune valeur pragmatique sans ces entités localisées dans un territoire. Et non plus des notions telles que la « prévention », le « diagnostic », l'« urgence », la « réadaptation », l'« accès aux soins ». Ainsi, par la carte, toute une régulation de déplacements s'organise différemment, une nouvelle signalétique se met en place, des trajets et des chemins inédits sont tracés, une nouvelle circulation entre spécialistes, demandeurs et bénéficiaires se met lentement en marche. Les modes de déplacement et de médiation de la délégation de soin se complexifient à l'égard de ceux établis à l'époque asilaire. En France, ce travail de territorialisation a son point d'origine, dans la réforme hospitalière de 1970 et ensuite dans une Circulaire du Ministre de la santé et de la sécurité sociale du 18 janvier 1971.

### 4.1.3 Territorialiser une politique

L'idée de *territorialisation* de l'action publique émerge avec force en France, dans les années 1970. On peut considérer une formulation très élémentaire qui consiste à envisager la territorialisation comme une approche des politiques, qui met en valeur les spécificités et les ressources de chaque territoire (Castaing, 2012). La délimitation de l'espace « permet une analyse des besoins » et de l'offre et renvoie à un lieu de pouvoir. Et c'est sous cet angle qu'on peut interpréter le souci d'axer la planification de l'action par la cartographie des territoires. La territorialisation permet ainsi d'emprunter une première piste d'analyse sur la question de la tangibilité d'une cible. En ce qui concerne les hôpitaux psychiatriques, ils sont intégrés dans la catégorie des centres hospitaliers et deviennent des centres hospitaliers spécialisés.

La France a fait le choix d'une territorialisation sans les collectivités décentralisées. L'originalité de la territorialisation française est d'avoir fait le choix d'agences qui agissent pour le compte de l'État. En matière de santé publique, l'affirmation du rôle de l'échelon régional est ancienne. Ce rôle s'inscrit dans un phénomène plus large de régionalisation des politiques publiques où on vise à la subsidiarité et à la proximité Martin-Papineau (2012). L'organisation institutionnelle du système de santé porte la marque de l'histoire, de sa construction, de ses rapports avec les systèmes de protection sociale. Les traces historiques les plus évidentes résident dans la gouvernance du système de soins scindé entre le domaine des soins de ville, relevant des partenaires sociaux et celui du secteur hospitalier, contrôlé par le ministère et son administration. Les « pouvoirs rivaux » de l'Assurance Maladie et de l'État ont débouché sur une vision à la fois monovalente et parcellaire de l'idée de territoire qui se traduit dans une approche verticale du processus de contrôle et de mise en œuvre des politiques de santé au profit de l'État. L'auteur considère que l'idée d'une approche territoriale de santé ne pouvait pas s'appliquer à l'ensemble du champ de la santé et aux soins en ville. La territorialisation a pris ainsi la forme d'une administration déconcentrée avec la création des DDASS en 1964 et celle des DRASS en 1977. Dans cette configuration le Préfet reste le relais privilégié de la politique de l'État au niveau local. Même pour la psychiatrie, si on retrouve la présence de cartes départementales déjà dans la circulaire de 1960 sur l'institution du secteur, c'est la loi hospitalière de 1970 qui constitue le point de départ de ce mouvement de régionalisation. Par l'institution de la carte sanitaire, premier outil de planification de l'action de santé, on aboutit à la création de régions et de secteurs sanitaires :

l'idée était de créer un système hospitalier piloté par l'État capable d'offrir des soins de qualité sur l'ensemble du territoire. Par cette opération, on vise à assurer une homogénéité de la prise en charge, même si le secteur libéral ne fera pas l'objet d'une planification. Sur le modèle de la sectorisation psychiatrique, la France est ainsi divisée en secteurs sanitaires qui regroupent 80 000 habitants par circonscription. L'idée de l'État est de créer un vaste service public hospitalier sans doublet. Ce service peut regrouper les hôpitaux publics et les établissements privés qui le désirent mais à condition de remplir les conditions d'équipements et d'ouverture aux malades en conformité avec les missions du service public.

À la suite de la carte sanitaire, la Circulaire du 18 janvier 1971 donne des orientations quant à l'élaboration de la « carte sanitaire dans le domaine de la psychiatrie ». Devant la démobilisation des acteurs face à la sectorisation des années 1960, le Ministre de la santé revient sur la question de l'extrahospitalier :

Il faut à nouveau insister sur la faiblesse actuelle des structures de prévention, de post-cure, et de traitements sans hospitalisation, le cloisonnement entre ces structures, lorsqu'elles existent, et celles de traitement. Pourtant, elles constituent l'armature indispensable d'une politique bien adaptée de lutte contre les maladies mentales. Il doit donc être remédié au plus vite aux carences existantes.

Dans le seul corps de ce message, on ne peut pas négliger le répertoire notionnel qui renvoie à la logique de la lutte dans un champ de forces : « faiblesse », « cloisonnement », « carences », « remède », « lutte » et surtout « armature indispensable ». La lutte doit ainsi se dérouler le plus possible à l'extérieur des hôpitaux. Mais la carte de la lutte contre les maladies mentales ne se trace pas bien entendu dans un espace totalement inédit et inexploré. Les cartes départementales françaises sont les premiers outils mis en place pour établir les cartes sanitaires et psychiatriques. Pour cette opération, il faut dans une première étape analyser les zones de desserte hospitalière des agglomérations des régions. Cette analyse doit être faite sur la base de tableaux fournis dans les annexes de la Circulaire. Déterminer ces zones conduit à une « sectorisation valable » du territoire. Ce résultat donnera lieu à des secteurs qui « se substitueront aux circonscriptions administratives et fourniront un cadre géographique mieux approprié aux besoins sanitaires ». La deuxième étape concerne, en particulier, comment établir la carte sanitaire de la psychiatrie. À l'échelle des Départements, par exemple, il faut recenser les équipements déjà présents<sup>19</sup>. Voici deux annexes de la

---

<sup>19</sup> D'autres éléments permettant la sectorisation étaient déjà signalés dans la circulaire du 15 mars 1960 : carte géographique du département où sont indiqués les hôpitaux psychiatriques existants, tableau sommaire précisant

Circulaire du 18 janvier 1971, permettant d'établir les premiers éléments des cartes psychiatriques.

ANNEXE PSS 2

SP-SS 6/71.

	DISPENSAIRES et points de consultation (1).	NOMBRE de séances en 1970.	HOPITAUX de jour (1) publics et privés.	NOMBRE de lits ou places.	NOMBRE de présents au 15-1-71.	FOYERS de post-cure publics et privés (1).	NOMBRE de places.	NOMBRE de présents au 15-1-71.
<i>Équipement extra-hospitalier.</i>								
Équipement existant au 31-12-70 (2).....								
Commune de .....								
Etablissements 1.....								
Etablissements 2.....								
Etablissements 3.....								
Commune de .....								
Équipement futur (existant et autorisé non réa- lisé) (2).....								
Commune de .....								
Etablissements 1.....								
Etablissements 2.....								
Etablissements 3.....								
Commune de .....								

(1) Regroupés par communes.  
(2) Pour chaque rubrique, les équipements sont regroupés par commune et, au sein de celle-ci, selon leur statut juridique : public 1 - privé non lucratif 2 - privé lucratif 3.

La carte comme outil de planification et de gouvernance a été appliquée progressivement à plusieurs politiques publiques. Ainsi, outre la carte sanitaire et la carte psychiatrique, en France on a une carte scolaire, pénitentiaire et judiciaire.

#### 4.1.4 Les professionnels critiquent la lenteur de la sectorisation française

Souligner la fiction d'une politique, de ses moyens et de ses cibles : on pourrait résumer ainsi le propos des rédacteurs du *Livre Noir du service de santé mentale français*<sup>20</sup>. Ce texte, permet de saisir comment l'argument de l'intangibilité est utilisé par les professionnels pour dénoncer « une crise d'une gravité extrême » concernant la médecine et la

la répartition de la population par arrondissement, tableau de répartition de la population par âge, précisions sur les moyens de communications et l'indication sur la carte des réseaux routier et ferré.

<sup>20</sup> Il s'agit du Syndicat national des psychiatres des hôpitaux. Le texte publié en deux parties, en juin octobre 1974, sur la revue *L'Information Psychiatrique* (1974 : 795).

psychiatrie. Cette crise « découle d'une inadéquation complète des mesures retenues ou mises en œuvre, face à des besoins multiples et pressants » (p 793). Selon les auteurs, cela s'explique par le divorce total qui sépare les principes affirmés et écrits depuis plus de dix ans dans les textes réglementaires, et les mesures pratiques parcimonieuses et parcellaires.

L'intangibilité de la politique de secteur est, en premier lieu, saisie comme une conséquence de la fiction qui caractérise les concepteurs de cette politique. Celle-ci est animée par des « avocats expérimentés et éloquents » et par des « institutions-écran » (p. 794 et p. 805) qui masquent les réalités médicales et sociales derrière de fausses solutions. Des « marchands d'illusions » excellent à manier la notion de secteur qui est devenue « un mot magique, à valeur d'incantation, de mystification, d'alibi, de masque ou d'épouvantail » (p. 794). Dans les textes officiels, « le "secteur" devient un "numéro" comme celui des tiroirs où l'on entasse les dossiers ». Cela est « redoutable » et « scandaleux ». Les conditions pour le développement d'hôpitaux de jour et de nuit, de centre de soins ambulatoires, de foyers ou d'ateliers, exigent de prendre en compte le « problème essentiel » de la psychiatrie et de la médecine : « Il y faut des médecins, mais aussi des infirmiers, des assistantes sociales, des techniciens autres, regroupés en une équipe pluridisciplinaire assez restreinte [...] ».

En deuxième lieu, l'intangibilité de la sectorisation est abordée à partir d'une réflexion sur la cible de la politique, exprimée en chiffres de population. 20 000 habitants est l'ensemble démographique de base évalué par l'OMS et dont une équipe peut assumer le service de santé mentale. Cela s'oppose aux critères des administrateurs français : « Il est d'usage, de façon aussi ridiculement précise que fâcheusement arbitraire, de dire qu'un service de santé mentale peut assurer le service de 66 666 habitants (pour les "adultes") et, comble d'aberration, de 200 000 habitants (pour les "enfants" et "adolescents"). Cela, paraît, à l'usage et à l'évidence, très excessif. ». Et, à la page 795, les rédacteurs affirment que « les "66 666" apparaissent dans leur volume et leur intangibilité aussi excessifs qu'artificiels ». Cette estimation est un « préalable actuel et erroné ». Le manque de médecins ne permet pas de parler d'une présence médicale « effective et efficace » (p. 795). C'est pourquoi la présence des équipes dans un secteur ne serait plus qu'une « fiction bureaucratique vidée de tout sens si elle se laissait tenter par le gigantisme ». Chiffres en main, les rédacteurs se livrent à une liste d'exemples visant à montrer l'écart entre le nombre de postes de droit et celui des postes réellement occupés : Marne, Pas-de-Calais, Loire, Seine-Maritime, Var, Saône-et-Loire. La « gageure est évidente » lorsqu'on considère que dans une ville comme

Rouen, il ne devrait même pas y avoir deux psychiatres chefs de secteur, puisque la ville ne comprend que 100 000 habitants<sup>21</sup>.

En troisième lieu, le Livre vise à dénoncer l'insuffisance de moyens et la fiction des besoins estimés par les administrateurs. Pour les rédacteurs, ces moyens n'ont jamais été donnés pour que les « paroles et les principes prennent forme et réalité » (p. 798). Ils dressent la liste des plans qui ont financé depuis 1952-1953 la psychiatrie publique. Cela sert à montrer que ce sont les commissions qui définissent les « besoins réels » et « les besoins retenus » en termes quantitatifs : nombre de lits à créer ou à moderniser, nombre de places dans les foyers de postcure, nombre de dispensaires ou d'hôpitaux de jour. Cela permet de montrer les écarts entre ce qui était prévu et ce qui est fait dans les plans de financement de la psychiatrie. Sur ce point, la prise de distance marquée par l'emploi de guillemets dans l'énoncé suivant, ne doit pas échapper : « La planification, en ce qui concerne la "lutte contre les maladies mentales" (c'est le terme employé par les différentes commissions de l'équipement sanitaire et social) donne dans ses budgets l'exacte et triste mesure des fonds publics réservés à la psychiatrie » (p. 798). Ces guillemets montrent une prise de distance des rédacteurs du Livre face à l'expression « lutte contre les maladies mentales » utilisée dans les textes réglementaires français et associée à la sectorisation.

#### **4.2 Contre la *settorializzazione*. La loi n° 180 : chronologie d'une fédération de causes**

13 mai 1978 : il n'y a pas d'autre date qui ait suscité, et suscite encore, plus de débats et de positions contrastées dans l'histoire de l'assistance psychiatrique italienne. Depuis, associations et professionnels, politiciens et journalistes, opinion publique et institutions, prennent position sur la loi n° 180 promulguée à cette date. Sur deux points cette date fait consensus national : d'un côté, elle marque dans l'imaginaire collectif une rupture de nature temporelle entre un avant et un après ; de l'autre, elle est le produit d'un conflit entre des gagnants - psychiatres et forces de gauche - et des perdants, en matière de psychiatrie et de contrôle social<sup>22</sup>.

---

<sup>21</sup> 70 000 habitants environ est le critère retenu pour la délimitation d'un secteur.

<sup>22</sup> Déjà en 1979, quelques mois après la promulgation de la loi, Vittorino Olcese, parlementaire républicain, présente au Parlement un projet de réforme de celle-ci. Selon lui, la loi délègue tout simplement le problème aux familles concernées. Une analyse sur ces questions et une critique de l'idéologie antipsychiatrique sont au centre du livre de Corbellini et Jervis (2008), dont le titre *La razionalità negata* (La rationalité en négation) fait écho à celui rédigé sous la direction de Basaglia *L'istituzione negata* (L'institution en négation).

L'idée de rupture temporelle émerge d'une simple observation : cette loi est souvent associée dans la société italienne à une ritualité et une mémoire partagées. La ritualité se met en place lors des événements qui, à l'échelle locale et nationale, en célèbrent périodiquement l'anniversaire de sa promulgation. Publication d'ouvrages et d'articles de presse, multiples conférences et débats, la ritualité de ces événements permet en outre de laisser une empreinte dans la mémoire des acteurs et de définir une temporalité qui à chaque fois, doit être comptabilisée pour s'inscrire dans la durée. « *A cinque anni da* », « *A venti anni da* », « *A trent'anni da* »<sup>23</sup>, comme les trajectoires de causes réussies, ces formules rappellent aux acteurs combien d'années séparent l'événement qu'ils partagent de la promulgation de cette loi<sup>24</sup>. Seulement récemment, on a commencé à considérer comme incomplète l'interprétation qui considère la loi 180 comme une rupture. Cela, pour deux raisons : d'un côté, elle ne plonge pas sa promulgation dans la longue série d'événements qui l'ont précédée et l'ont succédée ; de l'autre, elle n'aborde pas les causes hétérogènes qui l'ont influencée de près ou de loin. Il est donc plus raisonnable de développer l'hypothèse que cette promulgation est un point de passage marquant et, donc, non exclusivement un point de départ. Dans cette partie, une approche socio-informatique pertinemment croisée avec des documents non informatisés comme les revues professionnelles, permet de rajuster les analyses qui considèrent la réforme psychiatrique italienne comme *une* cause qui a trouvé son point de normalisation dans la promulgation d'*une* loi.

La seconde idée est tangible lorsqu'on observe la répétition, dans l'espace social, de l'association entre la loi et le nom de Franco Basaglia. Pour faire simple, on parle tant dans les médias que dans les ouvrages de référence de « *legge Basaglia* » comme si l'on parlait d'une seule entité. Cet emploi permet rapidement de cristalliser un problème public dans l'association entre un porteur de cause, la loi qui normalise ce problème et la date de promulgation de celle-ci. Une approche qui doute par principe des emboîtements d'associations déjà prêts à l'étude, ne peut risquer de considérer cette cristallisation comme allant de soi, il faut désagencer les éléments qu'elle est censée tenir ensemble : l'idée que la question psychiatrique se réduit à la promulgation d'une loi *nationale* et celle que sa promulgation est faite exclusivement par la mobilisation d'un groupe de psychiatres formé autour de Franco Basaglia et des forces de gauche. La première réduction devient

---

<sup>23</sup> On pourrait traduire ces expressions ainsi : « Depuis cinq ans de », « Depuis vingt ans de », « Depuis trente ans de ».

<sup>24</sup> Si l'on met en perspective cette considération avec le cas français, il est très rare de trouver une dynamique de commémoration ou de célébration pour la Circulaire de 1960 ou pour d'autres textes considérés fondateurs.

problématique lorsqu'on considère que la normalisation de la question psychiatrique se fait au moins à deux échelles en Italie, nationale et régionale<sup>25</sup>. Il en va de même pour la seconde, lorsqu'on observe les trajectoires, multiples, d'affaires psychiatriques ou non, qui interagissent entre elles. C'est pourquoi on n'a pas suivi les schémas des travaux classiques qui citent toujours la même liste de textes réglementaires sous l'étiquette « législation psychiatrique ». Car cela impliquerait d'intérioriser les catégories du droit, et penser qu'il existe un corpus naturel de textes qui porte sur le secteur X et qui n'interagit pas avec le corpus de textes du secteur Y. Mais dans la vie publique on n'avance pas par secteurs absolument séparés : les interactions entre des causes ou des affaires différentes peuvent se multiplier et se renforcer, et par conséquent arrêter ou faciliter la trajectoire d'un problème public jusqu'à sa mise en loi. Penser, par exemple, la trajectoire de la réforme psychiatrique sans prendre en compte celle de la réforme sanitaire<sup>26</sup>, serait réductif.

Du point de vue de la délégation de soins, il est bien connu que cette loi établit le principe selon lequel on doit mettre fin aux admissions en hôpital psychiatrique. Un circuit doit être bloqué : on ne pourra plus frapper à la porte de ces hôpitaux afin de soigner ou de se faire soigner. Mais comment passe-t-on des expériences visant à faire coexister l'hospitalier et l'extrahospitalier au nord d'Italie, à l'élimination progressive mais définitive d'un des représentants principaux du premier, c'est-à-dire de l'hôpital psychiatrique ? Lorsqu'on regarde de plus près la relation entre le corpus DISAME et le contexte politique au sens général du terme, on s'aperçoit que le cas italien présente un cas exemplaire d'une fédération de causes. Il s'agit d'une convergence de processus critiques jusqu'alors disjoints qui se fédèrent bien avant la promulgation d'un ensemble de lois. Selon Chateauraynaud (2011), on parle de fédération de causes lorsque plusieurs mobilisations convergent pour former un ensemble plus vaste. Cette convergence suppose bien entendu une organisation cognitive et politique qui permette une coordination entre des porteurs de cause. Il peut y avoir plusieurs degrés dans cette coordination et, selon la trajectoire, on peut distinguer un continuum qui va de la cause exemplaire à la cause perdue. La première est celle qui rentre dans une série de combats car sa trajectoire sert de modèle ou de précédent pour d'autres causes ; elle est ainsi

---

<sup>25</sup> La loi n°180 était en effet une *Legge-Quadro* qui comme la *loi cadre* française, définit les grands principes ou orientations d'une réforme. Mais si les domaines d'application de celle-ci sont définis par décrets, pour la *Legge-Quadro* ce sont les Régions qui en organisent son application et promulguent les textes réglementaires en la matière.

<sup>26</sup> L'apport, par exemple, de *Medicina Democratica* (Mouvement de lutte pour la santé) et de Giulio Maccacaro aux deux réformes, est fondamental. Le rapport personnel entre Maccacaro et Basaglia se manifeste dans des nombreuses publications sur les revues *Sapere* et *Epidemiologia e prevenzione*.



transposée sur d'autres scènes locales. À l'opposé, la seconde se définit par le fait que les cibles de la cause restent hors d'atteinte. Son porteur se retrouve singulièrement exposé, restant vulnérable à la critique et le répertoire d'action mobilisé n'est ni efficace ni précis<sup>27</sup>.

De manière générale, la fédération dont on veut rendre compte s'opère grâce à une constellation commune à plusieurs luttes, qui s'appuie sur la critique de la sectorisation et de la parcellisation de toutes les formes d'assistance étatique. On peut ici évoquer et ensuite développer les causes qui composent cette fédération. La première concerne la lutte contre des Établissements publics et privés qui avaient des fonctions d'assistance en Italie. Ses porteurs décrivent l'assistance en Italie comme une « jungle », organisée par ces institutions, de problèmes sectoriels. On opère ici une mise en équivalence des cibles de l'assistance (maladie, maladie mentale, pauvreté, inégalités sociales, logement, travail) qui permet d'attaquer en bloc toutes les institutions qui s'occupaient de celles-ci. Cette opération est fondamentale pour constituer des politiques socio-sanitaires décentrées au niveau régional et cordonnées au sein d'un SSN. La seconde cause concerne la réforme de l'État dans son rapport avec les autonomies Régionales. Même s'il ne s'agit pas d'une action directement associée à la question psychiatrique, le fait de réformer la relation entre l'État et les Régions a des conséquences sur la propriété et la responsabilité de l'assistance psychiatrique<sup>28</sup>. Comme d'autres politiques publiques, la politique de santé mentale se croise avec la réforme de l'État italien car elle est déléguée aux Régions. La troisième cause concerne le droit à la santé qui était visé dès la création d'un SSN. La convergence entre cette cause et la question psychiatrique est cohérente avec les signes précurseurs qu'on a déjà montrés au chapitre n° 3. Mais si dans les années 1960 cette association est seulement annoncée, dans la période ici considérée elle donne lieu à une assistance psychiatrique englobée dans un SSN. Le

---

<sup>27</sup> Chateauraynaud (2011 : 203) propose plusieurs types de causes : celles qui n'existent que par la catastrophe ou la crise (tunnel du Mont-Blanc), celles qui ont pour caractéristique d'être lancinantes passant entre phases longues entrecoupées par des périodes muettes (l'amiante), celles qui prennent une allure cyclique parce que leur émergence dépend d'événements réguliers (le dopage ou les sans-abri). On peut probablement inscrire la question psychiatrique dans la typologie de la catastrophe si l'on tient compte du fait qu'elle émerge dans l'espace public (médias et, parfois, dans les travaux parlementaires) juste après un événement tragique qui met en scène un agresseur et une victime et qui n'est pas explicable selon des « raisons rationnelles ». Un cas exemplaire de cette émergence s'est produit le 28 avril 2013 lorsqu'un homme a tiré des coups de feu devant le Palais Chigi, siège du gouvernement à Rome. Les mots *squilibrato* (déséquilibré) et *patologia psichiatrica* (pathologie psychiatriques) se sont rapidement installés dans l'espace médiatique. À la suite des déclarations des membres de la famille de cet homme, on les a remplacés progressivement par ceux de « chômeur » et de « désespéré ».

<sup>28</sup> Selon Joseph Gusfield (2009), « être propriétaire » d'un problème c'est se voir investi de la reconnaissance et des obligations associés à la charge de s'assurer qu'un degré élevé d'attention est conféré à l'existence d'un problème ainsi aux informations et idées qui le concernent. Dans une note en bas de page Gusfield rapproche cet état à la figure conceptuelle de « l'entrepreneur moral » de Becker (p. 11). De plus, par les « responsables politiques », Gusfield désigne les institutions publiques chargées de résoudre le problème public.

dépouillement des revues *Prospettive Sociali e Sanitarie* (PSS) et *Fogli di Informazione*, a permis de reconstruire cette fédération de causes et les imbrications entre critiques et mobilisations.

#### 4.2.1 Lutter contre le sectorialisme de l'assistance et ses institutions

Pour comprendre le rôle que le mot *settorializzazione* a joué dans la trajectoire de la réforme psychiatrique italienne, on doit considérer le travail d'un comité, constitué à Rome en 1975, autour d'un projet de *Legge di iniziativa popolare*<sup>29</sup>. Ce projet est intitulé *Competenze Regionali in materia di servizi sociali e scioglimento degli Enti Assistenziali* (Compétences Régionales en matière de services sociaux et suppression des Établissements ayant fonctions d'Assistance). La présence de *Psichiatria Democratica* dans ce comité promoteur est le signe d'une convergence d'intérêts. Avant de détailler le contenu du projet, prenons le temps de mieux présenter cette association.

Le 13 octobre 1973, le premier groupe fondateur<sup>30</sup> de *Psichiatria Democratica* présente à Milan, lors d'une conférence de presse, son programme. Le texte de ce programme sera publié sur le principal outil de communication de ses adhérents, la revue *Fogli d'Informazione*. Sans vouloir résumer ce document, on peut tout de même en exposer les points principaux. Le groupe dénonce la logique de l'internement considérée comme une agression faite aux internés. Les prisons et les asiles proposent cette même réponse alors que ces institutions traitent deux choses différentes : la maladie et la délinquance. En ce qui concerne la psychiatrie, la thérapie et la rééducation sociale ne peuvent être des justifications de l'internement. L'univocité de cette réponse doit être remplacée par la spécificité de *l'operatore psichiatrico*<sup>31</sup>. Ce professionnel doit : identifier et lutter contre son propre rôle de pouvoir à l'égard de l'usager ; identifier les besoins sociaux non satisfaits que l'internement occulte sous le diagnostic psychiatrique ; se libérer de l'instrumentalisation que le système

---

<sup>29</sup> Rattachée à l'idée de démocratie directe, le *Legge di iniziativa popolare* permet aux citoyens italiens de présenter, après avoir récolté au moins 50 000 signatures, un projet de loi qui doit être discuté et voté par le Parlement.

<sup>30</sup> Qui se composait de Franca et Franco Basaglia, Domenico Casagrande, Franco Di Cecco, Tullio Frangiacomo, Vieri Marzi, GianFranco Minguzzi, Piera Piatti, Agostino Pirella, Michele Risso, Lucio Schittar, Antonio Slavich. Pour un regard français et militant sur *Psichiatria Democratica*, voir Metge (1980). Des mouvements comme *Psichiatria Democratica* sont également présents en France.

<sup>31</sup> Cette expression caractérisera les pratiques langagières des professionnels des services psychiatriques italiens. Son emploi permet de ne pas spécifier l'appartenance professionnelle et hiérarchique mais seulement d'associer le terme général d'*operatore*, qui veut simplement dire celui qui opère qui agit, et la spécification du domaine psychiatrique. On parlera également d'*operatore unico* (opérateur unique) pour souligner cette unité et rejeter toute différence professionnelle et hiérarchique.

social met en acte en lui déléguant le contrôle et le pouvoir, pour identifier des outils spécifiques à son rôle ; identifier et reconnaître les personnes et les forces sociales engagées ou à engager dans cette lutte. Le groupe se propose ainsi de continuer la lutte contre l'internement et l'exclusion. Cela veut dire lutter contre le « *manicomio* » (asile psychiatrique) car celui-ci est le lieu par excellence de l'exclusion. Après avoir libéré le champ social des conditionnements qui modifient la nature même de la demande, *Psichiatria Democratica* doit souligner les dangers de la reproduction des mécanismes institutionnels dans les services extrahospitaliers pour identifier les vrais problèmes. Elle doit également expliciter le lien entre l'action du domaine psychiatrique et le problème de l'assistance médicale. Cette explicitation vise à revendiquer, au-delà de la division du travail et des compétences, le passage de la lutte pour la santé mentale à la plus grande bataille pour l'institution d'une réforme sanitaire, concrète et nécessaire. Le groupe doit s'associer avec toutes les forces sociales qui poursuivent ce même but<sup>32</sup>.

Si l'on tient compte de ce dernier point, le fait de voir *Psichiatria Democratica* dans un comité si varié ne surprendra pas. Pour avoir une idée de la composition extrêmement hétérogène de ce groupe, on peut citer, à titre d'exemple, les collectifs suivants : l'*Associazione Bambini Sordi* (Association enfants sourds), *Associazione Nazionale Assistenti Sociali* (Association Nationale Assistants sociaux), *Lega per le Autonomie et i Poteri Locali* (Ligue pour les Autonomies et pour les pouvoirs locaux), *Unione Donne Italiane* (Unione Femmes Italiennes), *Federazione Italiana Pensionati* (Fédération Italienne Retraités), *Associazioni Cristiane Lavoratori Italiani* (Associations Chrétiennes Travailleurs Italiens). Mais que fédèrent autour d'un projet de loi tous ces collectifs ? On dit dans l'argumentaire qui accompagne la récolte des signatures<sup>33</sup>, que la raison de cette mobilisation est attirer l'attention sur les problèmes urgents posés par la *Réforme de l'Assistance*<sup>34</sup>. Le projet a pour objectif de mobiliser l'attention sur trois fronts : les Compétences des Régions, l'Assistance globale et non sectorisée mais, surtout, les *Enti Assistenziali* (Établissements ayant fonctions d'Assistance).

---

<sup>32</sup> La traduction de ces passages est faite par mes soins.

<sup>33</sup> On peut trouver cet argumentaire dans la revue *Prospettive Sociali e Sanitarie* (1975 : 17).

<sup>34</sup> On peut noter que pour les promoteurs, il ne s'agit pas de qualifier et spécifier le type d'assistance car, cela voudrait dire aborder la question par *secteurs*. En effet, ils ne visent surtout pas à présenter une loi concernant l'assistance *psychiatrique*, ou *sanitaire* ou *sociale*.

Dans le panorama italien des années 1970, les *Enti Assistenziali* sont des mutualités. Ils sont les propriétaires de plusieurs problèmes publics et les responsables de différentes catégories de bénéficiaires : handicapés, aveugles, malades mentaux, ex-partisans, pauvres, réfugiés politiques. Contre ces établissements, la critique est féroce : on les appelle Établissements Inutiles ou *carrozzoni*<sup>35</sup>. En mobilisant plusieurs arguments, le comité du projet de loi vise à leur suppression. On en dénonce la multiplicité : on en compte 49 774, et à ceux-ci on doit ajouter les 13 027 institutions bienfaitantes et caritatives privées ou celles qui sont la propriété de l'Église Catholique. Dans ce panorama, il est bien évidemment impossible de connaître le nombre des assistés car des données statistiques n'existent pas (et les mêmes personnes peuvent être assistées par plusieurs établissements). La multiplicité fait problème car elle est la preuve d'une « prolifération absurde » d'établissements nationaux et locaux : les Provinces interviennent sur les orphelins, les aveugles, les muets, des malades mentaux et des insuffisants mentaux ; les Établissements Communaux d'Assistance (ECA) qui existent dans chaque Commune, mais autonomes par rapport à la Mairie, assistent les individus et les familles en difficulté et en situations de pauvreté ; les Communes ont l'obligation du maintien des travailleurs accidentés sur leur lieu de travail, et des handicapés physiques et psychiques ; le Ministère de la santé assure les hospitalisations et la réhabilitation des handicapés civils par des conventions avec des établissements publics ou privés ; l'assistance aux orphelins est confiée à des institutions publiques mais gérées selon une logique privatisée ; le *Patronato scolastico* s'occupe des écoliers en difficulté et pauvres ; les ministères et la présidence du Conseil des Ministres aussi gèrent l'assistance de leurs personnels. Dans cette situation, le mot dissolution (*scioglimento*) devient fédérateur : pour le comité la dissolution de tous les établissements publics est la condition essentielle pour faire avancer et appliquer la Réforme de l'Assistance.

Le lien entre assistance et ordre public traverse la multiplicité de ces établissements. Les personnes reconnues par les autorités locales comme handicapées, pauvres, incapables de travailler et de se loger, sont signalées au préfet qui va les placer dans une institution. Le Ministre chargé de la plupart des compétences en matière d'assistance est, en effet, le Ministère de l'Intérieur. Pour les promoteurs de la loi, cette manière d'organiser l'assistance produit tant les bénéficiaires de ces interventions que leurs besoins : les chômeurs et les sous-

---

<sup>35</sup> « Grande machine bureaucratique ». Une autre traduction, littérale, pourrait être « grands carrosses » pour évoquer des organisations presque immobiles, inefficaces où règne le clientélisme. Même si l'image n'est pas du tout la même, l'effet du mot *carrozzone* en italien, peut être rapproché de ce que l'expression « usine à gaz » évoque chez un Français.

employés, les personnes avec des retraites insuffisantes, les enfants repoussés de l'école publique car considérées incapables à cause de leur handicap, les personnes dont on déclare de manière arbitraire la chronicité d'une maladie, les familles qui n'ont pas de logement et incapable de payer un loyer sur le marché privé. Dans cette logique, les besoins de ces personnes cachent les exigences plus générales de la société, ce sont les institutions elles-mêmes qui les créent. C'est pourquoi il faut intervenir pour éliminer les causes de ces besoins et non utiliser une logique de réparation sectorielle. Car dans ce contexte, on ne peut pas parler de réforme de l'assistance sans aborder à la fois des problèmes du travail, de la santé, de l'école, du logement. Dans cette optique, la notion même d'assistance organisée par secteurs de la société doit être dépassée. Une loi de réforme doit viser à l'organisation de services qui prennent en compte une idée de bénéficiaire qui ne se réduit pas à l'individu et au soin : on doit cibler à la fois les individus, les familles et la communauté pour éliminer l'état de besoin, assurer la participation des personnes à la gestion des problèmes publics (école, logement, santé, culture) par la mise en place de réseaux de services près du domicile. Le but final est celui d'éviter toute forme de ségrégation, exclusion, marginalisation et bienfaisance.

Enfin, pour envisager un nouveau rôle des Régions, la dissolution de ces Établissements et la fin de leur financement doivent être atteintes. Car il faut transférer toutes les fonctions en matière d'assistance aux Régions pour qu'elles puissent exercer les fonctions législatives et déléguer aux Communes les fonctions opératives. Si l'on continue à financer ces établissements, on va financer la « jungle » de l'assistance et on prolongera un système de clientélisme et de corporatisme fragmenté et sectorisé. En 1977, un Décret du Président de la République supprime ces établissements en vue de l'application de la réforme sanitaire. Ce premier acte politique donnait une réponse « au grand mouvement d'opinion publique » que depuis 1968 dénonçaient le gâchis et la fragmentation des financements publics en matière socio-sanitaire et les distorsions dérivées par la définition de bénéficiaires par « catégories juridiques ».

Par le travail de ce comité et des documents consultés à propos de ce projet de loi, il est clair que l'emploi qui est fait en italien de *settorializzazione* renvoie à l'acception de *secteur* en tant que domaine d'activité et non comme aire géographique. Les conséquences pragmatiques de cet emploi visent donc à la critique d'une assistance morcelée et parcellisée et au soutien de la cause de l'actuation de la réforme sanitaire. De plus, les besoins de décroïsonner et de désenclaver les institutions, y compris l'hôpital psychiatrique, et de ne pas

fractionner les publics de l'assistance, contribuent à expliquer pourquoi le répertoire de la lutte contre les maladies mentales ne pouvait pas se caler dans la réalité italienne. Au lieu de combattre des maladies ou des publics-cibles pris un par un, cette réalité devait passer par la lutte contre les institutions qui traitaient de cette manière ces entités. Le répertoire de la *tutela della salute* permettait à la fois de cibler tous les citoyens et de dépasser la logique sectorielle. Toutes ces raisons amènent à expliquer pourquoi le mot de *settorializzazione* n'aurait jamais pu s'installer en Italie pour recouvrir un champ sémantique propre aux réformes psychiatriques.

#### **4.2.2 Comment déplacer la propriété et la responsabilité d'un problème public ?**

##### **Réformer l'État et déléguer des pouvoirs aux Régions**

La dissolution des Établissements ayant fonction d'assistance ne peut pas se faire sans repenser les rapports entre l'État et les Régions. La lutte contre le *sectorialisme* de l'assistance et ses institutions peut avancer seulement si progresse une alternative : celle d'un acteur unique et territorialisé comme un SSN. La conséquence souhaitée est donc la réduction du nombre d'acteurs propriétaires et responsables des problèmes publics. Parallèlement à la dissolution de ces Établissements, un processus de délégation de fonctions administratives et applicatives se met en place pour que l'assistance soit gérée par les Régions. La direction de ce processus va, en effet, de l'État central à ses représentants périphériques en marquant un tournant dans la décentralisation des politiques publiques. En s'adressant aux acteurs périphériques, l'État leur dit : « À partir d'aujourd'hui, c'est vous les responsables de la question », « Vous avez le droit de légiférer, de vous occuper, d'instituer, de financer ceci ou cela ». Bien entendu le pouvoir central reste le garant des problèmes publics mais il en déplace la propriété et la responsabilité.

Prévues par la Constitution Italienne depuis 1948, les Régions sont instituées seulement en 1970<sup>36</sup>. La Démocratie Chrétienne avait abandonné le projet de la décentralisation pour ensuite le récupérer à cause des mobilisations des années 1960 et 1970. Pour expliquer ce choix, l'hypothèse de la « dispersion des tensions » fait consensus parmi des politologues italiens. Cette formule, utilisée dans le schéma proposé par Paolo Farneti (1976 : 91-92), évoque l'idée que pour faire face aux contestations de l'époque, la classe

---

<sup>36</sup> Dix ans après, en 1980, le Secrétariat Général du Gouvernement français publie une étude sur l'organisation régionale en Italie (Mazzega et Musitelli, 1980). Le retard de l'institution régionale est bien raconté dans le chapitre intitulé « La mise en veilleuse de la réforme régionale (1948-1968) ».

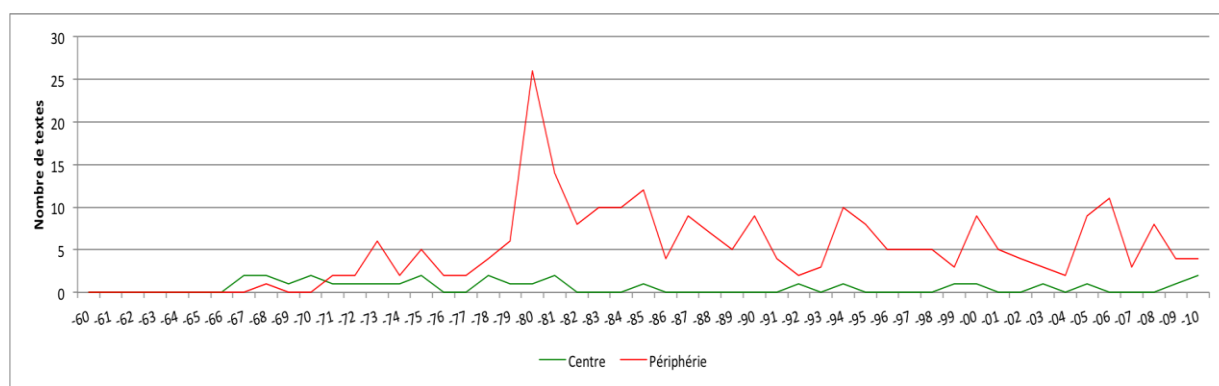
politique du gouvernement a dispersé les tensions de la mobilisation collective en plusieurs directions.<sup>37</sup>. C'est dans ce climat que l'institution des Régions est faite. Elle est accompagnée par des attentes idéalisantes qui considéraient cette institution comme une action innovante, la preuve du renouvellement des structures publiques et administratives. Du décentrement on s'attendait à moins de bureaucratie, des réformes économiques et sociales, une sérieuse programmation et un travail sur l'efficacité des institutions. Le point transversal à ces questions était de promouvoir la démocratie et la participation aux processus décisionnels. Cela s'est traduit de la part du gouvernement par la délégation aux Régions de leurs territoires respectifs.

La reconfiguration des auteurs-acteurs qui réglementent la question psychiatrique se voit complètement changée après 1973 : elle se caractérise par une substitution progressive de la périphérie au centre<sup>38</sup>. Si l'on représente, en effet, la chronologie de DISAME, cette substitution est visible dans le graphique ci-dessous, où on a distingué deux séries : celles des acteurs « centraux », c'est à dire les textes issus par le travail du Parlement et du Président de la République, et « périphériques » c'est-à-dire les textes rédigés dans le cadre du travail des Conseils Régionaux.

---

<sup>37</sup> Outre que l'institution des Régions à statut ordinaire (*Introduzione dell'ordinamento regionale*), on peut évoquer la réforme du travail (*lo statuto dei lavoratori*), la loi sur le logement (*la legge sull'edilizia pubblica*) et la loi sur le divorce (*la legge sul divorzio*). Bien entendu cette institution n'a pas éteint des tensions infrarégionales comme celles, par exemple, entre deux villes dans la région de Calabre. Provoquées pour avoir choisi Catanzaro comme chef-lieu de la région Calabre au lieu de Reggio de Calabre, ces tensions, ont donné lieu à une révolte qui a duré 10 mois et à l'inquiétante image de chars de combat au bord de mer de la ville de Reggio.

<sup>38</sup> On objectera, peut-être, qu'il est banal d'évoquer un processus bien connu comme celui de la délégation de fonctions administratives en Italie. Qu'apporte de nouveau une analyse de ce processus à l'étude de l'évolution de la question psychiatrique ? En premier lieu, compte tenu que la constitution du corpus DISAME n'a porté nullement sur des questions administratives, il est curieux de les voir émerger dans le corpus sous la forme de délégations de fonctions aux Régions. En deuxième lieu, il n'est pas banal de se pencher sur les effets de ce processus de décentralisation, sur les reconfigurations d'acteurs, de thèmes, d'institutions. De ce point de vue, la réforme psychiatrique n'émerge pas du néant, déconnectée des réformes qui investissent l'État lui-même. En troisième lieu, la mise en séries des textes permet de suivre de fil en aiguille la temporalité des effets de ces réformes sans oublier la différence entre l'échelle régionale et nationale.



**Graphique 10. Distribution temporelle des textes du corpus DISAME distinguant deux séries selon les types d'auteurs : les textes rédigés par les Conseils Régionaux (Périphérie) et ceux des pouvoirs nationaux (Centre)**

Dans le graphique, la bifurcation qui se produit entre les années 1970 et 1973 marque un point d'irréversibilité dans le corpus : plus jamais le nombre des textes produits par les acteurs périphériques ne sera inférieur à celui des acteurs centraux. Dans une approche qui vise à suivre la trajectoire et le chemin suivis par les problèmes publics, les notions de bifurcation<sup>39</sup> et d'irréversibilité permettent d'ancrer l'analyse de corpus aux contextes de production des corpus. La première notion permet d'analyser les déviations d'une trajectoire en fonction des contraintes qui pèsent sur les acteurs. En se voyant convoqués à organiser une nouvelle gestion de l'action publique d'un territoire, les Conseils Régionaux sont contraints à redéfinir le cours des événements. Plusieurs Régions du Nord, par exemple, commencent à réformer les hôpitaux psychiatriques, à destiner des fonds pour leur renouvellement, à financer des villes qui souhaitent en bâtir. Dans ces cas, l'autonomie régionale produit le début d'une réglementation locale inspirée des principes de la psychiatrie de secteur à la française. Quant à la notion d'irréversibilité, elle permet d'introduire dans l'analyse de ces trajectoires l'idée que les acteurs ne peuvent plus faire marche-arrière et l'impossibilité de retourner au point de départ. Ici on voit se produire un déplacement des décideurs sur la question psychiatrique : elle devient, comme d'autres objets de l'action publique une affaire planifiée, négociée et mise en place au niveau régional. Mais qu'advient-il dans ce passage ?

<sup>39</sup> En sociologie, la notion de point de bifurcation (ou *turning point* et *punti di svolta*) remonte à Hughes (1971). Selon Andrew Abbott, « On a intérêt [...] à envisager les *turning points* comme des changements courts entraînant des conséquences, qui opèrent la réorientation d'un processus. » (2009 : 207). Sur le plan de l'argumentation, cette notion a permis de porter l'attention aux marqueurs de rupture ou d'irréversibilité tels que « désormais » afin de saisir les constructions temporelles des acteurs. Voir, à ce propos, Chateauraynaud et Doury (2010). Sur les *punti di svolta* et changement autobiographique on pourra consulter l'ouvrage de Bonica et Cardano (2008), en particulier la contribution de Cardano sur les trajectoires de patients des services psychiatriques.



Les fonctions administratives exercées par les institutions centrales et périphériques d'État en matière d'assistance sanitaire, dans ses phases de prévention, soin et réhabilitation, sont transférées aux Régions à statut ordinaire<sup>40</sup>.

Par plusieurs décrets, on assiste à une série progressive de délégations de fonctions administratives concernant l'assistance hospitalière et des politiques publiques comme la formation, l'insertion professionnelle, les transports publics, la protection de l'enfance, l'éducation nationale, l'assistance à le handicap. L'assistance psychiatrique et l'hygiène mentale sont transférées au même titre que la protection sanitaire dans les lieux de travail, la prophylaxie et l'assistance sanitaire dans les écoles, l'institution et la gestion des dispensaires pharmaceutiques, l'assistance vétérinaire, etc. Le Ministère de la Santé établit le transfert de plusieurs bureaux, comités et conseils provinciaux de santé, comités pour la lutte contre le paludisme, des commissions provinciales chargées de la surveillance des hôpitaux psychiatriques. Cela a un effet considérable sur le travail à faire au niveau régional. On commence par les textes réglementaires qui dessinent l'acteur qui doit concentrer toutes les formes de l'assistance : l'Unité Locale.

#### **4.2.3 Découper le territoire, planifier et équiper : l'institution de l'Unité Sanitaire Locale et du SSN**

*Verticismo* (verticalisme), *settorialismo* (sectorialisme) et *tecnicismo* (technicisme) : voilà trois mots clés qui rebondissent dans les documents consultés à propos de la préparation de la Réforme Sanitaire. L'Unité Locale est conçue pour limiter ces trois caractéristiques de l'assistance et, déjà après la Résistance, son expression indique une nouvelle manière de mettre en place la *tutela della salute*. Sur la revue PSS, Carlo Trevisan (1974) rappelle que l'action de *tutelare la salute* obligeait à dépasser le manque de coordination de la multitude d'Établissements publics et privés. Cela voulait dire aller au-delà des secteurs d'activités professionnelles et des organismes mutualistes dans l'organisation de l'intervention socio-sanitaire. Ainsi, Unité Locale signifie assurer une assistance indépendamment du secteur professionnel dans lequel les personnes travaillent. Il faut donc remplacer le critère territorial au critère professionnel pour réorganiser toute l'assistance. De plus, pour garantir une

---

<sup>40</sup> *Le funzioni amministrative esercitate dagli organi centrali e periferici dello Stato in materia di assistenza sanitaria, nelle sue fasi di intervento preventivo, curativo e riabilitativo, sono trasferite per il rispettivo territorio alle Regioni a statuto ordinario. Decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1972, n. 4 Trasferimento alle Regioni a statuto ordinario delle funzioni amministrative statali in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera e dei relativi personali ed uffici.* Dans ce texte, on n'aborde pas le problème du secteur privé de l'assistance qui reste sous le contrôle de l'État central. Le 5 juin 1972 seulement, on délègue aux Régions la vigilance des institutions privées.

adaptation de l'assistance aux besoins réels de la population, la participation dans la gestion des services est fondamentale dans la conception de l'Unité Locale. Toujours dans la revue *Prospettive Sociali e Sanitarie*, Antonio Brenna (1975) analyse ces questions<sup>41</sup> et considère que la délégation de l'assistance sanitaire et hospitalière faite par le décret de 1972, ne marque pas encore un vrai changement pour la réforme sanitaire. Elle laisse « inaltéré le système bureaucratique, sectoriel et vertical de l'assistance dont les piliers sont les *Enti mutualistici* (mutualités) ». C'est plutôt l'année 1974 qui est considérée comme un point d'irréversibilité : la loi 386 bloque les transferts des recettes de l'État envers ces mutualités et empêche l'endettement des hôpitaux publics. À côté de ces mesures, deux autres sont les éléments qui permettent de marquer le début de la réforme sanitaire :

- les Régions sont créditées de pouvoirs qui leur permettent de gouverner l'administration hospitalière mais également l'action sanitaire régionale. Cela permet de coordonner l'action des nouveaux services publics et celle des mutualités, et de mieux maîtriser le financement de l'activité hospitalière par un Fonds régional. À ces pouvoirs, l'État a ajouté le contrôle du développement des hôpitaux et le recrutement de nouveaux personnels en définissant les niveaux de responsabilités.
- la loi bloque l'expansion des mutualités en leur niant la possibilité de recruter. À cette fin, elle prévoit un administrateur judiciaire pour commencer leur démantèlement fixé au 1er juillet 1977.

Un projet de loi sur l'institution du SSN est simultanément présenté par le Parlement. La fermeture des hôpitaux psychiatriques doit s'accompagner de l'institution de structures qui doivent assurer un nouveau modèle d'assistance. Pour Brenna, on risque d'arriver non préparé au mois de juillet 1977, car le processus de délégation a concerné des parties et non la totalité des secteurs d'activités. Le morcellement des compétences risque de rendre l'intervention en santé encore plus fragmentaire qu'auparavant. Nonobstant cela, les Régions se sont majoritairement mobilisées pour commencer à découper le territoire et à délimiter l'espace d'action des Unités Sanitaires Locales<sup>42</sup>. Comme le secteur en France, cette réorganisation s'appuie donc sur la géographie. La *zona* (zone) est l'élément de départ pour la définition de l'espace d'action des USL. En principe, cette entité doit permettre une délimitation

---

<sup>42</sup> La première est la région Ombrie, ensuite Toscane, Lombardie, Émilie-Romagne, Vénétie et Basilicate.

géographique pour assurer une participation des citoyens<sup>43</sup> à la vie communautaire par la programmation ou la planification d'activités. Cet espace, de manière générale, ne doit pas concerner seulement les services sanitaires et sociaux, mais également ceux de l'Éducation Nationale. Sur le plan politique, institutionnel et territorial, la zone a comme point de repère la Commune. Mais la non-homogénéité des Communes est la règle en Italie, donc le risque c'est de multiplier les critères pour définir ces espaces. Trois alternatives sont généralement retenus : coïncider avec une partie du territoire de la Commune (c'est le cas des grandes villes), recouvrir le territoire de la Commune, agréger plusieurs Communes en instituant un *Consorzio di Comuni*, entité qui en permette la gestion de manière partagée. La définition des *Zone* dépend de la Région qui doit déléguer le pouvoir d'organiser et mettre en place l'USL aux Communes ou aux *Consorzi*<sup>44</sup>.

Le *Distretto* émerge dans cette période comme entité qui englobe les précédentes. Pour contribuer à la mise en place de *la tutela della salute*, la *distrettualizzazione* permet d'articuler les hôpitaux, les services territoriaux médicaux et sociaux. Elle peut être considérée comme l'équivalent de la sectorisation française car contient l'idée d'un découpage géographique. Mais cette équivalence est atténuée si l'on considère que le *distretto* ne se réduit pas au domaine de la psychiatrie, il n'a donc jamais pris la qualité de *psichiatrie*. Il représente une instance administrative qui, sur un sujet précis, regroupe, centralise et unifie plusieurs communes (le nombre d'habitants varie entre 30 000 et 100 000).

Le *Distretto Socio-Sanitario* émerge dans les années 1970 comme meilleur outil pour organiser les réponses aux besoins des « zones sanitaires ». S'il couvre le territoire de plusieurs Communes et Provinces, il permet l'exercice conjoint des leurs fonctions afin de programmer les structures d'accès aux prestations sanitaires et sociales. Il est considéré comme une partie de l'USL car en fonction des caractéristiques démographiques du territoire, plusieurs *distretti* sont organisés au sein d'une même Unité. Ses caractéristiques sont les suivantes : la coordination des structures, afin d'éviter la multiplication inutile des lieux d'intervention ; la globalité des objectifs, afin que la triade prévention-soin-réhabilitation soit indissociable ; la territorialité des interventions, afin que l'offre soit organisée en fonction des

---

<sup>43</sup> On parle de « gestion sociale », de « services ouverts » et « comités de base ».

<sup>44</sup> Pour certains, le risque est la répétition de la concentration de pouvoirs au niveau régional : le problème se déplace géographiquement mais n'est pas résolu. Et pour d'autres, de cette manière, les USL seront conçues comme des établissements d'exécution de choix pris au niveau régional.

besoins réels ; et la participation des citoyens, pour que l'action sanitaire soit planifiée et évaluée par les usagers eux-mêmes.

C'est dans ce processus que la question psychiatrique devient une partie de la réforme sanitaire. Elle est le résultat du travail de mobilisation de ceux traditionnellement considérés comme les faiseurs de cette réforme, *Medicina Democratica* et *Psichiatria Democratica*. La temporalité de la promulgation témoigne également de cet aspect de la coordination. En effet, en 1977, la chronique des événements voit le ministre de la santé Dal Falco présenter un projet de loi qui donne le début de l'examen de la réforme sanitaire au Parlement. Le Parti radical, exaspéré par la lenteur de la procédure parlementaire, réussit à organiser un référendum pour l'abolition de la loi 1904. Pour prévenir un vide législatif en matière psychiatrique, le gouvernement vote rapidement la loi n° 180 qui sera réabsorbée en forme d'articles peu après quelque mois, le 23 décembre 1978, dans la loi n° 833 qui institue le SSN. Ainsi, les causes de la réforme de l'assistance psychiatrique et de l'assistance sanitaire et sociale ne sont jamais déconnectées. On peut dire qu'elles se nourrissent l'une de l'autre et atteignent leurs principaux objectifs : régler la question des asiles et instituer un SSN pour garantir le droit à la santé à tous les citoyens, de manière presque simultanée.

Ce texte, n'est pas une loi « spéciale » pour la psychiatrie. Au contraire, il fixe le même dispositif d'action, le SSN, pour tous les aspects de la santé et de l'assistance. Les soins psychiatriques sont envisagés comme volontaires et ce n'est que dans des situations particulières que la personne peut être soumise à une procédure d'office appelée *Trattamento Sanitario Obbligatorio* (TSO). Ce traitement n'est pas une mesure de police mais une intervention sanitaire demandée par un médecin que seulement le maire de la commune du malade peut autoriser. Le médecin rédige une demande de TSO qui doit être validée par un psychiatre du service public (USL) qui prescrit la mesure en milieu hospitalier (dans des services spécifiques qui se trouvent dans l'hôpital général), ou qui propose qu'elle soit effectuée au domicile ou dans un lieu non hospitalier. Le juge des tutelles a 48 heures pour valider ou rejeter l'application de la décision du maire. Dans tous les cas, le TSO ne peut être appliqué qu'à partir du moment où les trois conditions suivantes sont réunies : s'il existe des altérations psychiques telles qu'elles nécessitent des interventions thérapeutiques urgentes, si ces interventions ne sont pas acceptées par le malade, et si ne sont pas réunies les conditions et circonstances permettant de prendre les mesures sanitaires extrahospitalières opportunes et adéquates. L'USL doit travailler de manière préventive pour faire en sorte que ces traitements

deviennent exceptionnels et toute nouvelle admission dans les hôpitaux psychiatriques est interdite au 31 décembre 1980<sup>45</sup>. À leur place, les USL doivent instituer des services intermédiaires capables d'accueillir les malades chronicisés et des services ambulatoires pour traiter les nouveaux bénéficiaires. Désormais déléguée aux Régions, la phase d'actuation de la réforme ne manquera pas de créer des polémiques et des inégalités.

## Conclusion

Au cours de ce chapitre, l'approche croisée a permis de dépasser une équivalence lexicale à première vue appropriée, celle que les dictionnaires établissent entre les mots « sectorisation » et « *settorializzazione* ». On a, en effet, montré comment ce qu'en France on appelle « sectorisation » a bien eu lieu également en Italie, mais pas de la même manière. Comme les Français, les Italiens ont découpé, planifié, équipé et cartographié un territoire sanitaire et psychiatrique, mais ils n'auraient jamais pu parler de *settorializzazione psichiatrica* dans leur pays. Car le mot « *settorializzazione* » est bien utilisé chez eux mais pour produire des conséquences pragmatiques différentes : même s'il croise tout à fait la question psychiatrique, il est utilisé plutôt au sens de ce que le mot « sectorialisme » évoque chez un Français. En France, « sectorisation » assume une connotation généralement positive<sup>46</sup> parce que le mot renvoie au développement de l'extrahospitalier, à l'attente et au désir de la mise en place de la politique de secteur et à la critique qui vise à dénoncer la lenteur de son processus d'application. En Italie, le mot « *settorializzazione* » a une connotation négative parce qu'il renvoie au « sectorialisme » caractérisant les politiques sociales italiennes. C'est pourquoi on milite et on lutte pour l'éliminer car ce « sectorialisme » freine la constitution d'un SSN et la reconnaissance d'un droit à la santé<sup>47</sup>. Il joue également un rôle de fédération et de convergence de plusieurs causes, parmi lesquelles la réforme de l'assistance psychiatrique italienne. C'est en raison de ces différences de significations que ces mots entraînent des conséquences pragmatiques opposées.

---

<sup>45</sup> Sur la loi n° 833, voir la contribution de Del Pistoia, (1979) dans la rubrique *Novelles d'Italie* de la revue *L'Évolution psychiatrique*.

<sup>46</sup> Il y a bien entendu des exceptions. La sectorisation est critiquée par plusieurs mouvements contestataires comme, par exemple, le Groupe information asiles (GIA) et l'Association pour l'Étude et la rédaction du livre blanc des institutions psychiatriques (AERLIP).

<sup>47</sup> Cette acception caractérise même les textes réglementaires : on parle de « dépasser les rigides sectorisations dans l'activité des services sanitaires », « empêcher les superpositions de compétences et la sectorisation des réponses », et on invoque même un « principe de non sectorisation » pour empêcher la non communication entre des services sanitaires.



## Chapitre V. De l'avant à l'après, du vieux au nouveau : changements d'une politique (1990-2010)

### Introduction

« Du risque à la menace », « De la pauvreté à la vulnérabilité », « Du silence à la parole », « Du savoir médical au pouvoir néo-managérial » : on ne compte pas les entités qu'on peut, d'un point de vue argumentatif, placer dans une dynamique de déplacement à partir de la formule « De/Du X à/au Y ». Ce qui sous-tend les emplois de cette formule c'est l'idée d'un déplacement de perspective ou d'un changement de pratiques qui investit un certain sujet. Que ces emplois soient académiques ou non, à la base de cette idée il y a le point de départ et le point d'arrivée d'une trajectoire<sup>1</sup>. Si l'on évoque cette figure argumentative, c'est parce qu'elle n'a pas manqué d'être employée à propos des politiques portant sur l'assistance psychiatrique. Dans le panorama académique français, Robert Castel l'a utilisée à plusieurs reprises pour rendre compte, par exemple, de plusieurs mutations de la médecine mentale comme celles qui vont de l'antipsychiatrie à l'après-psychanalyse (1981), ou de la dangerosité aux risques (1983). Mais c'est plus récemment que cette formule est employée à propos des changements qui ont traversé la politique française à partir des années 1990<sup>2</sup> : à la place de X et de Y, on retrouve respectivement la « psychiatrie » (ou la « lutte contre les maladies mentales ») et la « santé mentale ». L'emploi de cette formule permettrait de résumer le déplacement de cibles de la politique qui s'est déplacée *de* la psychiatrie à la santé mentale. Une autre raison qui suggère de mobiliser cette formule, c'est le fait qu'elle traverse également le discours des acteurs italiens. À partir de la fin des années 1980, même de l'autre côté des Alpes on commence à parler d'un déplacement de cibles de la politique italienne. L'exemple qui réunit le mieux formule argumentative et travail des acteurs, a lieu en 1987 :

---

<sup>1</sup> Ce qui la différencie de la formule « entre X et Y » qui renvoie plutôt à un mouvement symétrique, un aller et un retour, entre deux pôles qui ne sont pas *a priori* ni un point d'arrivée ni un point de départ. C'est le cas, par exemple, des expressions suivantes : « Entre médicalisation et démedicalisation », « entre santé et expérience de maladie », et « Entre expertise et demande sociale ».

<sup>2</sup> Sans doute les années 1990 marquent un tournant dans la politique française. Il suffit penser à la loi du 27 juin 1990 qui en abroge, enfin, la loi du 30 juin 1838, redéfinit les droits des malades mentaux et les modalités de l'hospitalisation sans consentement.

*Dalla psichiatria alla salute mentale* (De la psychiatrie à la santé mentale) est le titre de l'ouvrage issu des travaux menés lors du colloque organisé par le *Partito Comunista Italiano* (PCI). Dans l'introduction à cet ouvrage, le « responsable psychiatrie » du PCI de l'époque, le docteur Paolo Crepet, explique que la nécessité de mieux comprendre la portée des changements, encore en cours, commencés dès la promulgation de la loi n° 180, a motivé l'organisation du colloque. Il s'agit, pour lui, d'analyser l'histoire récente du mouvement réformateur italien et de comprendre les raisons des omissions et des complications concernant l'application de la réforme. Le colloque se propose à la fois de faire un bilan sur le chemin fait et de définir les lignes à suivre dans le futur pour l'application de la loi. Le titre de son intervention est en effet le suivant : « La santé mentale vers le XXI<sup>e</sup> siècle ». Or, même si les termes mobilisés dans ce colloque sont les mêmes que ceux de leurs voisins, la question de passer de la psychiatrie à la santé mentale ne se pose pas vraiment pour les Italiens : ce mouvement a été déjà sanctionné par la loi. Pour eux, il s'agit plutôt de passer de la promulgation à l'application des principes de cette loi.

Le fait que tant en France qu'en Italie des acteurs évoquent dès la fin des années quatre-vingt-un un déplacement entre un avant et un après, un vieux et un nouveau, c'est le point de départ de ce chapitre. Car, sur le plan argumentatif, cette évocation est faite en s'appuyant sur les textes réglementaires et sur les lois qui composent les corpus DISAME et SAME. À partir de ce constat, une idée s'est renforcée dans l'analyse des corpus de cette période : au lieu de considérer ces déplacements comme allant de soi, on doit les détecter au niveau des expressions et des mots employés par les législateurs. Parce que s'il y a eu un déplacement de la « psychiatrie » à la « santé mentale » en France, et de la promulgation de la loi n° 180 à l'application de ses principes en Italie, ces passages doivent être empiriquement visibles dans le travail des acteurs politiques. Il s'agit donc d'étudier dans la temporalité les jeux de présences et d'absences, les trajectoires et les réseaux contextuels des arguments mobilisés par le travail politique. Mettre le doigt par ces moyens sur ce niveau, permet également d'aborder sans ruptures un autre niveau empiriquement différent mais logiquement associé au premier : celui des conséquences éventuelles de ces transformations sur la délégation de soins. Car si l'on affirme que des acteurs changent la cible d'une politique, il faut analyser en quoi ce changement va impacter sur les manières de faire appel aux spécialistes et aux institutions de ces politiques. Autrement dit, si dans la question psychiatrique on passe de X à Y au cours des années 1990 et 2000, ce passage doit avoir des conséquences également sur les « déplacements », au sens propre du terme, du demandeur, du bénéficiaire et du spécialiste.



## 5.1 De la psychiatrie à la santé mentale ?

D'après la politologue française Sylvie Biarez « La période 1990-2000 voit s'affirmer le passage de la psychiatrie à la santé mentale » (2003 : 35) et « Les années quatre-vingt-dix voient s'affirmer le passage de la lutte contre les maladies mentales à la santé mentale » (2004: 519). Ce qu'on trouve dans les textes réglementaires de 1990 semble, en effet, annoncer ce déplacement comme une épreuve future, énoncé du Ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale à l'appui :

C'est dans un esprit de recherche et de concertation que pourra être élaborée une politique de santé mentale finalisée sur des objectifs de développement de la santé mentale, et non plus seulement de lutte contre les maladies mentales.<sup>3</sup>

Cette citation exprime une position partagée en France qu'on retrouve dans plusieurs publications qui témoignent du consensus selon lesquels les années 1990 marquent un tournant dans la politique de secteur. On peut retrouver cette position, par exemple, dans les contributions au dossier « Santé mentale et société », réalisé par Anne Lovell (2004), directrice de recherche à l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM). Dans l'avant-propos, Lovell considère que grâce aux récents changements, la psychiatrie française a élargi sa mission de lutte contre les maladies mentales au profit d'une politique de santé mentale plus générale. Les questions de santé mentale débordent des institutions psychiatriques et investissent d'autres secteurs comme le travail social, les établissements scolaires, les organisations syndicales, les lieux de travail et le secteur associatif (p. 5). Mais quelle est la différence entre psychiatrie et santé mentale ? Si la psychiatrie est délimitée par un champ disciplinaire et par des pratiques médicales, la santé mentale est un « concept fourretout » et « flou ». En rompant avec le modèle de la réparation de la psychiatrie classique qui repose sur le traitement des pathologies mentales, la santé mentale déplace le champ d'intervention de la psychiatrie hors de l'hôpital vers « une entité géographique et morale, parfois désigné par le vocable 'communauté' ... » (p. 6). Ainsi « elle jette un pont entre la psychiatrie fondée sur la relation (patient-soignant) et la santé publique (élaborée au niveau d'une population, dans une optique politique) » (p. 6). Mais sur l'accomplissement de cette mutation, la commission d'experts à laquelle on a confié, de juillet 2000 à juin 2001, un travail visant à formuler des propositions sur le système de santé

---

<sup>3</sup> Circulaire du 14 mars 1990 *relative aux orientations de la politique de santé mentale*.

mentale en France, n'était pas tout à fait convaincue<sup>4</sup>. Sinon, les rédacteurs n'auraient pas titré leur rapport final ainsi : *De la psychiatrie vers la santé mentale*. Appliquée aux entités « psychiatrie » et « santé mentale », en effet, la formule *de X à Y* a été légèrement modifiée. Mais cette légère modification, dérivée par l'emploi du connecteur *vers*, signale une grande différence : selon les rédacteurs, il ne s'agit pas d'un passage accompli mais d'une mutation à faire avec d'autres entités. Cette interprétation émerge s'il l'on prête attention aux sous-titres du rapport qui prennent tous la formule suivante : « de X vers Y *se fera* avec Z ». En voici quelques exemples : « *Le déploiement de la psychiatrie vers le champ de la santé mentale se fera avec les usagers, leurs associations et les associations de familles* » (p. 25), « *Le déploiement de la psychiatrie vers le champ de la santé mentale se fera avec les administrations* » (p. 32), « *Le déploiement de la psychiatrie vers le champ de la santé mentale se fera avec les politiques* » (p. 90). Le même avis semble exprimer un dernier Rapport de la Cour des Comptes du 2011 sur la psychiatrie, sinon on n'aurait pas intitulé le premier chapitre ainsi : « Un poids excessif de l'hospitalisation complète ». *A priori* ce poids n'est pas trop cohérent avec une politique qui se veut « de santé mentale ». Selon la Cour, l'hôpital est encore la porte d'entrée principale dans les circuits psychiatriques de la trajectoire de bénéficiaires. Le recours à l'hospitalisation est ainsi demeuré excessif « faute de solutions d'aval, mais aussi de possibilités suffisamment développées de prises en charge alternatives en amont. » (p. 17)<sup>5</sup>.

Or, ce qui intéresse ici n'est pas vraiment de savoir si le changement est accompli ou pas mais de suivre les traces éventuelles de ce changement dans SAME. Une première question exige de savoir quand a émergé, pour la première fois, « santé mentale » dans le corpus. S'il est vrai que, comme le dit Anne Lovell, « Les textes législatifs ne font aucune référence explicite à la santé mentale avant 1990 » (p. 6), on pourrait montrer dans le corpus soit un jeu de présence-absence entre « psychiatrie » (ou « lutte contre les maladies mentales ») et « santé mentale », soit une coprésence. Le jeu de présence-absence permet en effet de comprendre s'il y a eu au cours du temps une relation de substitution entre ces notions, alors que la coprésence signale une association qui n'existait pas auparavant. Si on

<sup>4</sup> La mission a été confiée au comité d'experts d'abord par la Ministre de l'Emploi et de la Solidarité (Mme Martine Aubry puis Mme Élisabeth Guigou) et la Secrétaire d'État à la Santé et aux Handicapés (Mme Dominique Gillot). Cette mission s'est ensuite trouvée confirmée par le Ministre Délégué à la Santé (M. le Docteur Bernard Kouchner) en mars 2001.

<sup>5</sup> À propos du rapport entre « psychiatrie » et « santé mentale », Lise Demailly parle plutôt d'inclusion de la première dans la seconde en soulignant que les modalités de cette « subsomption » sont « sources de tensions spécifiques » (Bonny et Demailly, 2012 : 47). Elle décrit des tensions cognitives, éthico-politiques, organisationnelles, autour du mode de régulation de l'action publique.

interroge les textes dans cette perspective, on découvre qu'il existe tout de même des apparitions de « santé mentale » antérieures à 1990. La première occurrence de « santé mentale » dans un texte de loi, remonte à 1985<sup>6</sup> dans le chapitre II, Mesures relatives à la protection de la santé, qui fixe le texte de l'article L.326 du Code de la Santé :

Art. L.326. - La lutte contre les maladies mentales comporte des actions de prévention, de diagnostic et de soins. « À cet effet exercent leurs missions dans le cadre de circonscriptions géographiques, appelées secteurs psychiatriques, les établissements assurant le service public hospitalier, les services dépendant de l'État, ainsi que toute personne morale de droit public ou privé ayant passé avec l'État une convention précisant les objectifs poursuivis, les catégories de bénéficiaires, les moyens mis en œuvre et, le cas échéant, les relations avec les autres organismes agissant dans le domaine de la santé mentale.

L'expression « santé mentale » est employée pour délimiter un domaine qui ni ne s'oppose à la psychiatrie ni ne la remplace. Si la lutte contre les maladies mentales reste l'épreuve principale de la politique, la « santé mentale » sert à qualifier de manière vague un domaine qui n'est pas défini en détail. Lorsqu'on quitte la contrainte du texte législatif et on cherche dans tous les textes réglementaires, « santé mentale » a sa première apparition en SAME dans une circulaire de 1971. Cette expression, présente dans les tableaux d'une annexe de cette circulaire, sert à inclure les « maisons de santé mentale » dans les premières cartes psychiatriques. Privés et payants, ces établissements se développent durant tout le XIX<sup>e</sup> et concernent au premier chef les malades issus des milieux sociaux les plus aisés qui pouvaient se faire soigner librement. Ces maisons étaient donc interdites aux malades ne disposant pas de revenus élevés<sup>7</sup>. « santé mentale rebondit, ensuite, en 1972, dans un arrêté<sup>8</sup> qui fixe les modes de gestion du secteur psychiatrique. Le Ministre de l'époque envisage la formule selon laquelle même une association privée peut gérer tous ses services. Il n'hésite pas à communiquer que cette mesure doit rester limitée mais il donne l'exemple d'un secteur relevant par une association privée « du type association de santé mentale du 13<sup>e</sup> arrondissement »<sup>9</sup>. Ce même arrêté est à son tour évoqué, en 1974, lorsque le Ministre de la santé publique et de la sécurité sociale introduit la Circulaire du 9 mai *relative à la mise en place de la sectorisation psychiatrique*. Cette fois, l'emploi fait de « santé mentale » dans ce dernier énoncé, reste singulier.

---

<sup>6</sup> Loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 *portant diverses dispositions d'ordre social*.

<sup>7</sup> Sur les « maisons de santé mentale » voir, par exemple, Murat (2002).

<sup>8</sup> Circulaire N° 431 du 14 mars 1972 *relative au règlement départemental de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies*.

<sup>9</sup> Il s'agit de l'Association de santé mentale et de lutte contre l'alcoolisme du treizième arrondissement de Paris.

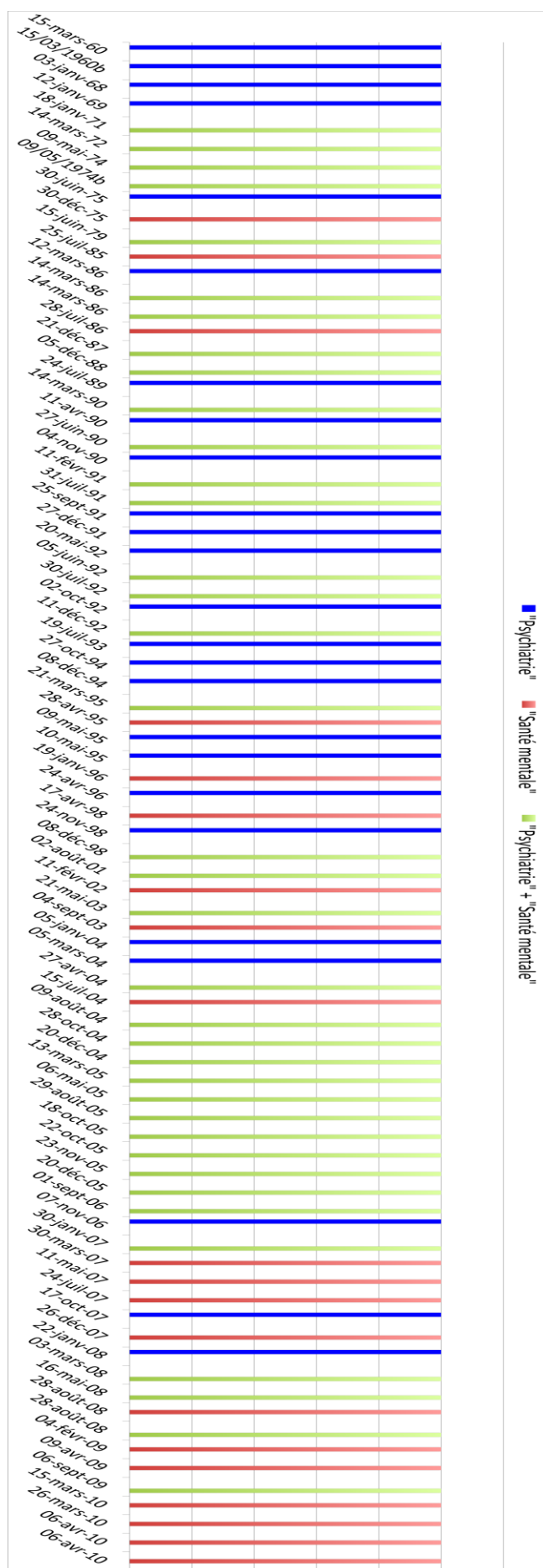
Les années 1972 – 1973 représentent une étape importante dans l'évolution de la lutte contre les maladies mentales en France avec la publication de l'Arrêté du 14 mars 1972, organisant la protection de la santé mentale sur la base de la sectorisation [...]

La singularité de cet emploi est justifiée par le fait que, contrairement au corpus italien, on ne retrouvera qu'à cette occasion l'association entre « santé mentale » et « protection » ou « protéger » dans SAME. À partir de l'observation de ce type de singularité, on voit comment « santé mentale », n'est pas une entité totalement inédite pour le travail politique des années quatre-vingt-dix. Mais ces précédents ne permettent nullement de formuler la démonstration d'un éventuel passage de X à Y. S'il y a eu lieu, ce passage ne peut être observé qu'en analysant simultanément et dans la longue durée les principaux antagonistes de « santé mentale » : « psychiatrie » et « lutter contre les maladies mentales »<sup>10</sup>. On peut donc représenter les présences de ces trois catégories dans les textes pour observer deux types de relations : la première, celle de coprésence car passer de X à Y exige, peut-être, une phase de transition ; et la seconde, celle d'exclusion qui prévoit qu'en présence de X, Y doit être absent et *vice-versa*. Prospéro permet de repérer des textes typiques à partir de conditions imposées par le chercheur. Dans notre cas, les conditions pour discriminer des listes de textes ont été les suivantes : simple présence de « santé mentale » et absence de « psychiatrie »-« lutte contre les maladies mentales », absence de « santé mentale » et simple présence de « psychiatrie »-« lutte contre les maladies mentales », simple coprésence de « santé mentale » et de « psychiatrie »-« lutte contre les maladies mentales ». En suivant ces critères on peut donc respectivement distinguer des textes en fonction de trois régimes : « "psychiatrie" et "santé mentale" » (relation d'association), « psychiatrie » + « lutte contre les maladies mentales » (relation d'exclusion), « santé mentale » (relation d'exclusion). 82 textes de SAME satisfont au moins une des conditions imposées par le chercheur. On peut représenter le résultat de cette opération par un simple graphique composé de barres discriminées par trois couleurs différentes, chacune correspond à un des trois régimes.

---

<sup>10</sup> Ces deux dernières expressions sont en effet traditionnellement opposées à la santé mentale. C'est pourquoi on les considèrera, dans la discussion qui suit, de manière associée. La liste des représentants des catégories sont reportés en annexe : ici, pour la catégorie « santé mentale », on peut citer à titre d'exemple les suivants : « santé mentale », « centre médico-psychologique », « Santé mentale ».

**Graphique 11. Les présences de trois régimes dans le corpus SAME : « "psychiatrie" et "santé mentale" » (relation d'association), « psychiatrie » + « lutte contre les maladies mentales » (relation d'exclusion), « santé mentale » (relation d'exclusion)**



Dans ce graphique, chaque barre représente un texte et par le jeu de couleurs on peut remarquer deux formes de relation : d'un côté, les jeux de présence/absence : le bleu et le rouge indiquant des textes où on ne retrouve respectivement que la catégorie « psychiatrie » (30,5 %) ou celle de « santé mentale » (24,5 %) et, de l'autre, le vert qui marque la coprésence de ces deux catégories dans le même texte (45 %). Même si on détaillera par la suite ces relations, on peut par cette simple discrimination avancer un commentaire descriptif sans risquer de pousser trop l'interprétation. La présence importante du régime « santé mentale » + « psychiatrie » n'est détectable pas seulement au niveau quantitatif mais également en ce qui concerne la qualité de sa présence : à partir de 1971, elle s'étale de manière continue sur toute la période considérée. La seule variante de cette continuité est visible dans la période qui va du 9 août 2004 au 1<sup>er</sup> septembre 2006 où sa présence est ininterrompue. En regardant l'avant et l'après de cette période, cette concentration semble accompagner une transition entre les deux autres catégories. En effet, avant le texte du 9 août 2004, on voit une présence beaucoup plus importante des catégories « psychiatrie » (les barres bleues) dans un rapport de 22 à 9. Ce rapport quantitatif se renverse, après le 1<sup>er</sup> septembre 2006 où c'est la santé mentale (les barres rouges) qui prend le relais. La période qui va de 2004 à 2006 permet d'avancer un autre commentaire à partir des textes qui la délimitent. En ce qui concerne le premier, il s'agit de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 *relative à la politique de santé publique* qui annonce un plan national de lutte pour « limiter l'impact sur la santé de la violence, des comportements à risque et des conduites addictives ». Dans ce plan, plusieurs volets devront s'articuler parmi lesquels celui du « plan santé mentale »<sup>1</sup>. Comme son titre l'indique, le texte qui clôt cette période met en œuvre précisément le volet « investissement » de l'action préconisée dans la loi de 2004 : la Circulaire du 1<sup>er</sup> août 2006 *relative au financement en 2006 du volet investissement du plan " hôpital 2007" et du volet investissement du plan santé mentale (PRISM)*. En étant le premier plan concernant la santé mentale, cette action marque la période entre 2004 et 2006 d'un caractère inédit.

Le croisement entre les catégories utilisées par les acteurs politiques et les dates des textes permet d'avoir des indices empiriquement fondés. Ces indices suggèrent de reformuler

---

<sup>1</sup> Le plan s'appellera « Psychiatrie et Santé Mentale » et se déroulera entre le 2005 et le 2008. Le plan fixe quatre priorités : l'investissement financier (750M€ de soutien à l'investissement par le plan « Hôpital 2007 »), les moyens humains (moratoire sur les fermetures de lits dans les services psychiatriques, hausse du nombre d'internes en psychiatrie), l'amélioration de la formation des infirmiers et le développement des alternatives à l'hospitalisation. Il est important de remarquer que la mise en place de ce plan fait suite à un fait divers très médiatisé en France sous le nom de « drame de Pau ». Toute la société française et le monde hospitalier avaient en effet été profondément choqués par le meurtre commis par un ex-patient, de deux professionnelles (une aide-soignante et une infirmière) survenu dans la nuit du 17 au 18 décembre 2004 à l'hôpital psychiatrique de Pau.

l'hypothèse du passage de la psychiatrie à la santé mentale qui se serait produit après les années quatre-vingt-dix. Si un passage a eu lieu, il se fait plutôt vers la fin des années 2000 et il est précédé d'une longue phase de transition au cours de laquelle les acteurs politiques d'abord, alternent et, ensuite associent « psychiatrie » et « santé mentale ». Cette reformulation suggère d'analyser ce passage dans la durée et sans prétablir des ruptures entre un avant et un après. Essayons maintenant de rentrer plus en détail dans les textes de SAME pour comprendre quel impact ces textes ont eu sur la délégation de soins.

### 5.1.1 Des bénéficiaires entrants et sortants : entrées, sorties et réadmissions

De manière générale, un « placement » est en psychiatrie la conséquence d'une forme de délégation. Plus exactement, il est la conséquence du déplacement d'un sujet de son lieu ordinaire de vie à un milieu plus ou moins spécialisé et fermé. Dans le mot « déplacement » il y a, en effet, celui de « placement » qui évoque l'idée d'immobilité. Si dans l'histoire de la psychiatrie, le mot « placement » est voisin de celui d'« internement » et d'« hospitalisation sans consentement », c'est parce que cette mesure prévoyait l'immobilité du bénéficiaire. Appelée autrefois « placement d'office », elle était demandée massivement par la police et les familles et était arrêtée par le pouvoir judiciaire. En France, un changement de direction dans le déplacement des bénéficiaires a lieu à partir de 1945 : les données montrent une transformation profonde des recours à l'hospitalisation<sup>2</sup>. Traduits dans le langage des statistiques officielles, ces types de déplacements correspondent aux admissions, aux sorties et aux réadmissions en hôpital. De 1950 à 1978, le taux des malades admis pour 100 000 habitants passe de 99 à 380 et le pic se produit en 1969 où il atteint 236 pour 100 000 habitants et il baisse pour atteindre 175 en 1978. En 1998 ce taux est de 430 dans les services sectorisés. De quoi souffraient ces personnes ? De 1956 à 1978, le diagnostic le plus fréquent parmi les malades admis reste l'alcoolisme ; viennent ensuite par fréquence décroissante : la schizophrénie et les délires, les démences et les retards mentaux. Même les malades souffrant de névrose accroissent leur taux d'admission et de sortie en hospitalisation psychiatrique passant de 1 à 29 pour 100 000 habitants de 1950 à 1978. Parmi les entrées, les réadmissions deviennent prépondérantes. À partir de 1971, le taux des malades admis à nouveau dépasse considérablement celui des malades admis pour la première fois. La durée de séjour baisse également : de 1967 à 1978 le taux des malades présents depuis plus d'un an passe de 169 à

---

<sup>2</sup> L'étude de François Chapireau repose sur l'établissement de séries temporelles à partir de sources statistiques institutionnelles mais hétérogènes (2007 : 127-143). Les données ici citées, sont tirées de son travail.

109. Le nombre de lits est passé de 170 000 au début des années 1970 à 71 000 en 1997 et la durée de séjour n'a pas cessé de décroître. Pour Francis Chapiereau, le recours à l'hospitalisation psychiatrique s'est profondément transformé grâce aussi à d'autres facteurs comme la fréquence croissante de l'hospitalisation en service libre, l'amélioration lente et progressive des conditions d'hébergement, la généralisation progressive de la Sécurité Sociale, la meilleure formation d'infirmiers et de psychiatres. L'apparition de neuroleptiques en 1952 est souvent évoquée comme cause unique de ce changement. Mais à cette date, Chapiereau fait remarquer que le taux des sorties est déjà nettement supérieur à tous ceux qui sont constatés au début du siècle. Son augmentation s'engage dès 1946, c'est à dire avant l'invention des neuroleptiques. Si ces données tirées de statistiques officielles permettent d'avoir un regard historique sur les modes de déplacement des bénéficiaires de l'hôpital, revenons à SAME pour analyser des transformations sur le plan du travail politique.

Dès les années 1990, les acteurs politiques commencent à différencier l'hospitalisation à temps complet de la notion de « placement ».

La pratique de l'hospitalisation à temps plein s'est à la fois réduite et diversifiée et ne répond aujourd'hui plus à la notion obsolète de « placement ». Aussi les soins à temps complet ne devraient pas être une indication par défaut, mais s'inscrire dans un projet thérapeutique précis. D'une façon générale il s'agit d'instaurer un traitement plus intensif et d'utiliser l'effet de séparation qu'implique celui-ci, pour l'enfant ou l'adolescent comme pour la famille. En dehors de l'hospitalisation en situation d'urgence, un temps de préparation avant l'admission est indispensable, qu'il s'agisse d'un séjour de durée brève, ou d'une hospitalisation au long cours<sup>3</sup>.

Dans les cas où le placement est considéré nécessaire, les acteurs politiques portent l'attention aux circonstances et à la durée de cette mesure qui reste décidée par un médecin.

Si le placement d'un patient au sein d'une unité fermée peut se révéler indispensable dans certaines circonstances, ces circonstances doivent être exactement appréciées et la durée du placement limitée à ce qui est médicalement justifié. Ainsi l'hébergement d'un malade dans une unité fermée doit-il répondre à une indication posée par un médecin et non pas relever d'une simple commodité du service ; il doit pouvoir être remis en cause à tout moment en fonction de l'évolution de l'état de santé du patient<sup>4</sup>.

---

<sup>3</sup> Circulaire DGS/DH n° 70 du 11 décembre 1992 *relative aux orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et adolescents*.

<sup>4</sup> Circulaire n° 48 DGS/SP3 du 19 juillet 1993 (Circulaire Veil) *portant sur le rappel des principes relatifs à l'accueil et aux modalités de séjours des malades hospitalisés pour troubles mentaux*.



De plus, partir des années 1990, par la définition d'un placement volontaire et d'un placement d'office, on commence également à différencier les publics « contraints » de ceux « volontaires ». Ainsi, les hospitalisations sous contrainte, majoritaires jusqu'à la fin des années 1970, ne concernent plus en 1988 que le 10 % des entrées – 8 % sur demande d'un tiers et 2 % d'office. En 1970, trois personnes sur quatre étaient hospitalisées sous contrainte alors que c'est en hospitalisation libre que l'on trouve trois personnes sur quatre. Mais ce serait une erreur de considérer le placement exclusivement comme une forme de déplacement limitée au contexte hospitalier. Ce n'est pas ce qui émerge des textes réglementaires. Le placement peut concerner une aide financière qui veut avoir comme effet le déplacement de personnes handicapées dans les lieux de travail. Déjà en 1975<sup>5</sup>, le Président de la République considère l'emploi et le reclassement des personnes handicapées comme des éléments déclarés de la politique de l'emploi. Plusieurs modifications de certaines dispositions du code de travail sont apportées comme celle de l'Art. L. 323-30 :

Les personnes handicapées pour lesquelles le placement dans un milieu normal de travail s'avère impossible peuvent être admises soit dans un atelier protégé si leur capacité de travail est au moins égale à un pourcentage de la capacité normale fixé par décret, soit dans un centre d'aide par le travail prévu à l'article 167 du code de la famille et de l'aide sociale.

D'autres textes avaient déjà envisagé un type de placement différent de celui de l'hospitalisation. Comme par exemple, l'arrêté du 14 mars 1986 *relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales*, comportant ou non des possibilités d'hébergement. Le deuxième article présente une longue liste des « équipements et services de lutte contre les maladies mentales comportant hébergement » parmi lesquels on retrouve :

des services de placement familial thérapeutique qui organisent le traitement des malades mentaux de tous âges, placés dans des familles d'accueil, pour lesquels le maintien ou le retour à leur domicile ou dans leur famille naturelle ne paraît pas souhaitable ou possible.

Un des mouvements qui s'opère au cours des années 1990, est bien celui de prolonger l'offre et le suivi jusqu'au domicile du patient ou jusqu'aux milieux « ouverts », appelés ainsi par opposition aux milieux « fermés ». Mais si, d'un côté, ces mesures permettent de donner la possibilité de rester dans un lieu non hospitalier tout étant suivi, de l'autre, ceci implique des nouvelles prises sur les bénéficiaires en danger ou potentiellement dangereux. Il donc s'agit d'assurer la liberté de rester chez soi dans le cas où on n'a pas besoin d'un cadre

---

<sup>5</sup> LOI n° 75-534 du 30 juin 1975 *d'orientation en faveur des personnes handicapées*.

hospitalier ainsi que la garantie que le processus qui doit amener à une hospitalisation puisse se déclencher le plus rapidement possible. Abordons maintenant ces deux points.

### 5.1.2 Prolonger l'offre à domicile et ailleurs

Que l'on pense que ce fut un bien, ou au contraire un mal, le principe d'une prise en charge de proximité se traduit rapidement en un souci lorsqu'on déplace des bénéficiaires hors de l'hôpital. Si, dans ce cas, déplacer veut dire éloigner, la proximité devient une épreuve qui consiste à rapprocher l'offre aux bénéficiaires. Par le prolongement de services traditionnellement délivrés en milieu hospitalier, les acteurs politiques rapprochent l'activité des spécialistes au monde ordinaire des bénéficiaires. En France, par exemple, c'est le cas de l'hospitalisation à domicile (HAD) qui s'applique également en psychiatrie. La première présence en SAME de ce type d'hospitalisation est en 1986, et la dernière en 2008 dans un arrêté qui fixe la nomenclature budgétaire et comptable.

D'une manière générale, l'hospitalisation à domicile s'adresse à tous les malades quel que soit le type de pathologie dont ils sont atteints. Il convient toutefois de rappeler que les malades mentaux sont pris en charge selon les règles propres à la sectorisation psychiatrique<sup>6</sup>.

Dans cette circulaire, il est précisé que, selon la loi de 1970 portant sur la réforme hospitalière, le passage par l'établissement hospitalier demeure un préalable à toute admission en hospitalisation à domicile. Nonobstant cela, le texte cite le Conseil d'État, selon lequel ce type d'hospitalisation peut être prescrit au cours d'une consultation externe : l'hospitalisation avec hébergement en établissement n'est donc pas une condition préalable. Ce prolongement est envisagé même comme une substitution : en effet l'hospitalisation à domicile vient se substituer à l'hospitalisation de type traditionnel, lorsque l'état du bénéficiaire ne le nécessite pas.

Pour la psychiatrie, ce dispositif de rapprochement est confirmé par *l'Arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales, comportant ou non des possibilités d'hébergement*. Parmi plusieurs services agissant en milieu ouvert, on cite des services d'hospitalisation qui organisent des prises en charge thérapeutiques à domicile. Durant ces prises en charge, on ne pratique pas seulement des activités médicales. À ces dispositifs sont associées, par exemple, « des prestations d'entretien

---

<sup>6</sup> Circulaire du 12 mars 1986 relative à l'hospitalisation à domicile dans les établissements hospitaliers publics.

nécessités par l'état de dépendance du patient ». Dans ces cas, c'est l'infirmier qui acquière des responsabilités cliniques à exercer au domicile du patient. Il peut, en effet, assurer ces responsabilités « avec la collaboration d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture ou d'aides médico-psychologiques qu'il encadre et dans les limites de la qualification reconnue à ces derniers du fait de leur formation. »<sup>7</sup>

Les différences entre ce dispositif et l'hospitalisation classique augmentent progressivement au cours du temps. En 1992, le *Décret n° 92-1101 du 2 octobre 1992 relatif aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation* inscrit ces dispositifs dans un régime d'évitement : l'HAD a pour but « d'éviter une hospitalisation à temps complet » ou d'en diminuer la durée ; de plus, ce dispositif est inclut dans la liste des « structures de soins alternatives à l'hospitalisation ». Dans ce Décret, il est également défini que les places de HAD sont prises en compte dans la carte sanitaire des installations de médecine. Et, en 2003<sup>8</sup>, le Président de la République établit, mais seulement à titre provisoire, que la carte sanitaire n'est plus opposable aux structures d'hospitalisation à domicile. Cela comporte que ces places doivent être prises en compte dans la formulation des Schémas d'Organisation Sanitaire abordés dans le chapitre précédent. La limitation provisoire de cette décision tombe en 2004, lorsque dans l'Arrêté du 27 avril 2004<sup>9</sup> on inclut ces hospitalisations dans la liste des services qui « font obligatoirement l'objet » de ce schéma. Souvent rangés dans le chapitre « Alternatives à l'hospitalisation », d'autres formules émergent progressivement : les « appartements thérapeutiques », « l'accueil thérapeutique dans des familles volontaires et rémunérées par l'hôpital », etc. Toutes ces mesures sont prises pour des patients qui vont mieux mais pour lesquels l'hospitalisation à domicile permet une prise en charge plus intensive que les visites organisées en ambulatoire. Grâce aux visites à domicile, les soins sont réguliers voire quotidiens, tant pour les adultes que pour les enfants. Dans ces derniers cas, c'est la Protection Maternelle et Infantile (PMI) qui prend en charge ce type de suivi.

Le service départemental de protection maternelle et infantile exerce les missions qui lui sont dévolues par les articles L. 2112-1 et L. 2112-2 en organisant notamment, soit directement, soit par voie de convention dans les conditions prévues à l'article L.

---

<sup>7</sup> Décret n° 2002-194 du 11 février 2002 *relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier*.

<sup>8</sup> Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 *portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation*

<sup>9</sup> Arrêté du 27 avril 2004 *pris en application des articles L. 6121-1 du code de la santé publique fixant la liste des matières devant figurer obligatoirement dans les schémas régionaux d'organisation sanitaires*.

2112-4 les consultations, visites à domicile et autres actions médico-sociales, individuelles ou collectives, de promotion de la santé maternelle et infantile<sup>10</sup>.

Les acteurs politiques puisent également dans la logique de réseau pour mieux stabiliser ces nouvelles formes de collaboration : « Des réseaux de prise en charge des adolescents, des enfants et adolescents handicapés, ou des réseaux de prévention peuvent également être mis en place, selon les besoins. ». Ces réseaux doivent associer les professionnels libéraux et hospitaliers, les pédiatres, les généralistes, les pédopsychiatres, mais aussi les services de PMI et les services de médecine scolaire, structures médico-sociales, structures et services de soins à domicile, associations d'usagers. Pour le législateur : « La prise en charge en réseau permet de mieux organiser l'orientation des enfants et adolescents, de mutualiser les protocoles, de mettre en place formation des professionnels et évaluation des organisations et des pratiques »<sup>11</sup>.

### **5.1.3 Déclencher un déplacement : qui peut demander une hospitalisation ?**

Déplacer progressivement les bénéficiaires vers l'extrahospitalier ne veut pourtant pas dire bloquer la direction contraire, celle qui va de chez soi à l'hôpital psychiatrique. Pour le législateur, il s'agit de fixer des nouvelles règles pour mieux sélectionner et déclencher des alertes qui peuvent acheminer les personnes à l'hôpital. On a abordé cet aspect à partir de la liste des acteurs qui peuvent demander une hospitalisation. Car, plus la liste est longue, plus augmentent les occasions pour mobiliser des experts et déclencher un jugement et une décision à ce sujet. Bien entendu, demander une hospitalisation ne veut pas dire l'obtenir mais lorsqu'on fixe ce droit dans un texte de loi, les pouvoirs publics envisagent et légitiment un nouveau demandeur.

De manière générale, n'importe qui peut déclencher un processus d'enquête visant à établir s'il faut acheminer une personne à l'hôpital psychiatrique ou pas. Tout le monde peut appeler la police ou les urgences face à un événement troublant. À ce stade, on n'a pas besoin d'être mandaté par quelqu'un ou avoir un statut de demandeur, et pas besoin non plus de formuler une demande en détaillant ce qu'on veut et ce qu'on souhaite. Le but de la demande est implicite dans l'acte même de l'appel : « intervenez ». Cependant, toute demande, même

---

<sup>10</sup> Décret n° 2003-462 du 21 mai 2003 *relatif aux dispositions réglementaires des parties I, II et III du code de la santé publique*.

<sup>11</sup> Circulaire DHOS/O1/DGS/DGAS n° 2004-517 du 28 octobre 2004 *relative à l'élaboration des SROS de l'enfant et de l'adolescent*.

non verbalisée, prévoit une condition du possible, un état du réel potentiellement visé par le demandeur plus ou moins consciemment. Dans le cas de la psychiatrie, le passage par une hospitalisation devient ainsi une façon de déclencher cet état. Se séparer d'un proche parce qu'il pose des problèmes en famille, s'en remettre complètement à des médecins pour une brève période de vie, arrêter les troubles ressentis dans une copropriété : on pourrait difficilement inventorier les scénarios visés, implicitement ou pas, par le demandeur d'une hospitalisation. Ce qui intéresse ici c'est plutôt aborder le pouvoir de demander une hospitalisation que le législateur français crédite à ce qu'il appelle « un tiers »<sup>12</sup>. Si l'on tient en compte que l'hospitalisation est le moment par excellence où se déroule la lutte entre le savoir médical et la maladie, on peut inscrire l'attribution de ce pouvoir dans la logique de « *lutter contre les maladies mentales* ».

Dans un scénario où les contraintes pour hospitaliser quelqu'un dans un hôpital psychiatrique augmentent (comme, par exemple, avoir des places disponibles, juger que la personne n'accepte pas un traitement volontaire, la présence de deux certificats médicaux de médecins qui ne travaillent pas dans la structure d'accueil, etc.), les possibilités de lutter contre la maladie mentale dans un modèle hospitalo-*centriste* diminuent. Créer un chemin permettant au moins de déclencher ce processus dans une logique de proximité – « le tiers » est, dans l'esprit de la loi, un « proche »<sup>13</sup> - permet d'avoir une meilleure prise sur les cas suspects. Dans certains cas, n'est-t-il plus rapide et sûr de déclencher un processus en proximité qu'à distance ? Si la contrainte de proximité est toujours nécessaire pour déclencher ce processus - même pour la police qui doit, par exemple, se rendre à proximité de la personne supposée à hospitaliser pour pouvoir l'amener -, pourquoi ne pas créditer ce pouvoir à un entourage ? On peut donc envisager « le tiers » de la loi citée, comme un *allié* de la lutte contre les maladies mentales, un participant à cette épreuve. C'est pourquoi, de ce point de vue, l'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) fait la différence en France, et on peut voir cela dans les données officielles. En 2007, la DREES<sup>14</sup> a documenté l'augmentation des hospitalisations sans consentement entre 1997 et 2003. Cette augmentation concerne tant les

---

<sup>12</sup> L'HDT est prononcée par le directeur de l'hôpital au vu de deux certificats médicaux. La demande est présentée soit par un membre de la famille, soit par un tiers susceptible d'agir dans l'intérêt du patient, à l'exception des personnels soignants dans l'établissement d'accueil. Il existe une procédure d'urgence.

<sup>13</sup> Comme d'autres termes utilisés au cours de ce travail, le mot « proche » est difficilement traduisible en italien. « *Prossimo* » a, par exemple, des connotations différentes qui sont absentes dans le cas français. Ce même avis est exprimé par Tommaso Vitale (2007 : 137), sociologue italien, à propos d'une traduction d'un texte de Daniel Cefaï.

<sup>14</sup> Sur les hospitalisations sans consentement en psychiatrie, voir Coldefy (2007 : 205-222).

hospitalisations à la demande d'un tiers (HDT) que les hospitalisations d'office (HO)<sup>15</sup>. Les HDT représentaient en 1997, comme en 2003, 86 % des mesures d'hospitalisation sans consentement. Puisque les statistiques comptent les décisions des médecins et non les patients, la Direction Générale de la Santé rappelle qu'à partir de ces données on ne peut pas savoir si la croissance du nombre de mesures signifie forcément que le nombre de patients a crû. La DGS propose tout de même des hypothèses pour expliquer que cette augmentation peut être la conséquence des éléments suivants : les réadmissions des mêmes patients (une personne pouvant être hospitalisée plusieurs fois) ; les caractéristiques de certains patients désocialisés ou isolés (qui peuvent influencer dans le recours à ce type d'hospitalisation) ; le détournement du recours à l'hospitalisation sans consentement (qui consiste à ne plus obliger le patient aux soins mais obliger l'hôpital à admettre un patient qu'il aurait différé ou refusé en raison de sa sur-occupation) ; le rôle des Services d'Accueil des Urgences (car on enregistre une implication de plus en plus forte dans le déclenchement des HDT). D'autres rapports officiels évoquent également d'autres éléments comme la meilleure connaissance des solutions que peut apporter la psychiatrie pour la population et les acteurs institutionnels, une plus grande intolérance sociale à l'égard des problèmes de santé mentale, et le besoin général accru de sécurité ajouté à une conception toujours plus extensive du principe de précaution. (Drees, p. 2010).

#### **5.1.4 Des spécialistes ciblent la non-demande ou comment l'offre devient mobile**

D'autres stratégies de déplacement de l'offre psychiatrique ouvrent la porte, c'est bien le cas de le dire, à des nouveaux segments de la population. Ces segments commencent à être considérés et, par conséquent, ciblés comme des vrais potentiels bénéficiaires du système de soins : ce sont les publics qui ne demandent rien au psychiatre. On va ici aborder trois différents cas de figure : les détenus, les « personnes les plus démunies » et celles qui, au lieu d'aller chez le psychiatre, sollicitent les généralistes. Revenons maintenant sur ces exemples car ils permettent de comprendre également les déplacements des spécialistes.

Si le dispositif de l'HAD prolonge au domicile certaines activités traditionnellement menées à l'hôpital, les services médico-psychologiques régionaux (SMPR) rapprochent la lutte contre les maladies mentales des établissements pénitentiaires. Comme pour l'hospitalisation à domicile, l'entrée de la psychiatrie dans le monde pénitentiaire s'est faite progressivement

---

<sup>15</sup> L'HO est prononcée par le Préfet au vu d'un psychiatre qui n'exerce pas dans l'établissement d'accueil du malade. La loi se réfère à la nécessité de soins et la dangerosité. Il existe une procédure d'urgence.

jusqu'à son « implantation ». Dès mai 1945, une réforme proposée par directeur général de l'Administration pénitentiaire visait à créer des annexes psychiatriques dans chaque établissement. Après plusieurs expériences pilotes, le décret du 14 mars 1986 définit les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire comme le troisième type de secteur de psychiatrie après le secteur de psychiatrie générale et celui de psychiatrie infanto-juvénile. En particulier, le décret fixe la structure de base de ces secteurs : le service médico-psychologique régional (SMPR). Pour leur définition, le procédé est le même que pour les autres types de secteurs : découper le territoire et rattacher chaque région pénitentiaire à un établissement hospitalier public. En SAME, la Circulaire n° 1164 du 5 décembre 1988 *relative à l'organisation de la psychiatrie en milieu pénitentiaire* définit la mission du SMPR<sup>16</sup> qui consiste

à mettre en œuvre toute action de prévention, de diagnostic et de soins psychiatriques courants au bénéfice de l'ensemble de la population incarcérée dans la maison d'arrêt où il est implanté ; à prodiguer les traitements psychiatriques intensifs et appropriés à tout détenu, prévenu ou condamné, qui le nécessite, que ce dernier soit écroué dans l'établissement d'implantation ou qu'il provienne par transfèrements d'un autre établissement pénitentiaire, relevant du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire considéré.

La prévention des affections mentales en milieu pénitentiaire comprend notamment le « dépistage des troubles psychiques des entrants ». Dès 2003, la population carcérale française est couverte par 26 secteurs de psychiatrie qui ont comme structure-pivot le Service médico-psychologique régional (SMPR). Le dispositif des détenus est sous la responsabilité du service hospitalier<sup>17</sup>.

Lorsque des spécialistes ne peuvent pas implanter leur offre dans le lieu de vie du bénéficiaire, l'épreuve de proximité exige de se mobiliser. « aller au-devant », « adapter les dispositifs », « offrir des réponses adaptées », « ouvrir l'offre »<sup>18</sup> : ces expressions, qu'on retrouve dans la Circulaire de 1995 *Relative à l'accès aux soins des personnes les plus démunies*, ne sont que des exemples de cette exigence. Comment sont définies ces personnes et quels dispositifs on leur réserve ?

---

<sup>16</sup> En SAME, on registre 73 présences de SMPR@ de 1986 à 2003 dont 62 concernent cette Circulaire.

<sup>17</sup> À propos de psychiatrie et de prisons, en Italie la loi n° 180 ne concerne pas les établissements spécialisés dont la fermeture fait débat aujourd'hui : il s'agit des *Ospedali Psichiatrici Giudiziari*. Après les travaux d'une commission d'enquête qui ont révélé des conditions de vie dégradées et alarmantes, leur fermeture était prévue le 31 mars 2013. Une dérogation a poussé ce terme au 1<sup>er</sup> avril 2014.

<sup>18</sup> Circulaire n° 95-08 du 21 mars 1995.

Des personnes confrontées au chômage, à la pauvreté, à la perte de leur logement connaissent encore des difficultés pour accéder à notre système de soins. Ces difficultés ne sont pas acceptables. Tous nos efforts doivent tendre aujourd'hui à ouvrir le dispositif ordinaire de soins à la population qui en est actuellement exclue ; l'intégration de tous dans le système de santé de droit commun (urgence, consultation, prévention, hospitalisation, suivi à domicile) est la seule politique compatible avec l'éthique médicale et le plein respect de la dignité de la personne humaine.<sup>19</sup>

Prendre au sérieux ces nouvelles populations et ces lieux d'intervention veut dire reconfigurer l'espace d'action et de réponse des spécialistes. Les modalités d'élaboration des réponses doivent être « nécessairement adaptées à l'hétérogénéité des situations, des lieux d'intervention (rue, associations, institutions sanitaires, sociales ou médico-sociales, quartiers) et des publics ciblés précédemment »<sup>20</sup>. À propos d'hétérogénéité des situations précaires, il est intéressant de suivre l'évolution des énoncés qui portent sur les « sans domicile fixe ». Appelés d'abord « sans-secteurs », cette population sollicite dans les années 1970 un problème de « répartition » entre les services et hôpitaux. Mais au cours du temps, cette catégorie s'éclate et est associée à toutes les populations qui ne peuvent pas formuler une « demande d'aide ». L'attention se glisse vers des dispositifs qui permettent de s'approcher de ces situations au lieu d'attendre qu'elles s'aggravent.

---

<sup>19</sup> Circulaire n° 95-08 du 21 mars 1995 *relative à l'accès aux soins des personnes les plus démunies*.

<sup>20</sup> Circulaire du 23 novembre 2005 *relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie*.



**Repères discursifs 4. Corpus SAME : exemples d'énoncés engageant directement l'expression « sans domicile fixe »**

1974	Dans la mesure cependant, où certains sujets <b>sans domicile fixe</b> dits "sans-secteurs ", hébergés ou non dans les établissements du type mentionné ci-dessus, relèvent d'une hospitalisation psychiatrique, ils doivent être répartis aussi également que possible entre les différents services et hôpitaux.
1988	Pour ce qui concerne les malades <b>sans domicile fixe</b> , ceux-ci doivent être accueillis par les secteurs de psychiatrie selon les modalités en vigueur dans le département au sein duquel ils souhaitent être suivis
1990	Un problème particulier se pose, dans les grandes villes essentiellement, avec l'arrivée en urgence, dans certains secteurs, de nombreux patients <b>sans domicile fixe</b> , ou résidant sur un autre secteur. Le problème vient du nombre de ces patients constituant pour ces secteurs une charge souvent lourde, ou des circuits préjudiciables aux patients, qui s'effectuent entre établissements.
1995	Les publics fragilisés pour des raisons économiques, sociales ou culturelles présentent plusieurs caractéristiques. Ils sont diversifiés. Outre les personnes <b>sans domicile fixe</b> , il s'agit de toutes les populations touchées par la précarité qui ont tendance, face à leurs difficultés quotidiennes, à faire passer les préoccupations de santé au second plan. [...] Leurs besoins sont difficilement exprimés. Une partie du public a du mal à formuler une demande d'aide, pour des raisons culturelles, mais plus encore en raison de son découragement vis-à-vis d'une situation dont elle a perdu la maîtrise. L'offre sanitaire et sociale doit s'adapter à ces situations, en améliorant l'accueil, en simplifiant les procédures, en allant si nécessaire au-devant des personnes.

Si l'offre veut repérer et atteindre ces gens, elle doit faire comme eux et se déplacer elle-même : elle doit devenir mobile. Cette idée est au principe même de l'institution de « équipes mobiles de psychiatrie ». La première mission de ces équipes est, en effet, d'identifier « des besoins non repérés ou non pris en charge dans les dispositifs de « droit commun » tel le CMP, afin d'envisager l'orientation, les modalités d'accueil et l'aménagement de compétences spécifiques en faveur de ces publics. »<sup>21</sup>

Après les détenus et les personnes démunies, un troisième exemple concernant la non-demande est celui des demandeurs qui ne s'adressent pas aux psychiatres. D'autres spécialistes comme, par exemple, les médecins généralistes sont sollicités par des potentiels bénéficiaires de la psychiatrie et, au cours des années 1990, ce phénomène devient un constat. Les acteurs politiques n'hésitent pas à utiliser cet argument afin affirmer que la lutte contre les maladies mentales « est à l'évidence » une priorité de santé publique. À ce propos, même des études scientifiques sont citées :

<sup>21</sup> Circulaire du 23 novembre 2005 *relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie.*

La lutte contre les maladies mentales, si on considère les seules personnes s'adressant aux systèmes de soins et d'aide pour une intervention sur un problème de santé mentale, est à l'évidence une priorité de santé publique : - les troubles de la santé mentale sont fréquents (d'après une enquête du Credes<sup>22</sup>, réalisée en 1982-1983, les médecins généralistes recevaient 19 p. 100 de patients souffrant de troubles mentaux ou du sommeil, et, parmi les diagnostics qu'ils posent, celui de troubles névrotiques ou de dépression arrive devant celui d'angine ou de bronchite<sup>23</sup>).

La conscience de ce phénomène inédit implique, pour ces cas de figure, un changement dans la position d'attaque du psychiatre. Si en effet, la clientèle ne frappe pas à la porte du psychiatre, celui-ci doit cibler ceux à qui la clientèle s'adresse. Car le psychiatre ne peut atteindre la maladie mentale que par la médiation d'un professionnel qui porte la demande. Dans la même Circulaire, on suggère même d'organiser cette action selon des « stratégies en paliers » : « les spécialistes en psychiatrie se situent tout à la fois en “première ligne”, les patients pouvant avoir recours directement à eux, et en “seconde ligne”, agissant notamment par le conseil et la formation des professionnels auxquels la population s'adresse le plus souvent, ou qui se trouvent confrontés à des situations clés pour la santé mentale ». Pour le dire autrement, si les demandeurs ont recours à d'autres spécialistes, ce sont ces spécialistes qui doivent, sous forme de conseil et formation, avoir recours aux psychiatres. Mais passer à la santé mentale n'implique pas seulement collaborer avec les médecins généralistes. Pour les politiques françaises, ce passage exige d'élargir la liste des acteurs auxquels est crédité un pouvoir d'agir dans ce domaine. On envisage donc un monde relationnel bien plus complexe que le binôme médecin-infirmier : il est censé être peuplé de relations inédites entre les anciens spécialistes, associations et collectivités territoriales. Dans tous les cas, le lien entre agent morbide et spécialiste mandaté pour le combattre survit par la médiation de ces relations.

De la lutte contre les maladies mentales à la santé mentale : comment ce déplacement a modifié la délégation de soins ? Les maladies mentales ne sont plus seulement saisies à partir de ce que leurs porteurs font, mais également de ce que les personnes racontent. Dans ce changement, pour qu'une maladie mentale arrive à destination chez un psychiatre il n'est pas nécessaire que les conséquences des actes de son porteur nuisent à l'ordre public ou mettent en danger sa vie ou celle d'autrui. D'autres systèmes d'alerte s'activent mais sans basculer dans une logique d'alarme et d'urgence. Parfois, il peut suffire que d'autres

---

<sup>22</sup> Le CREDES était le Centre de Recherche, d'Études et de Documentation en Économie de la Santé, devenu l'Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé (IRDES).

<sup>23</sup> Circulaire du 14 mars 1990 *relative aux orientations de la politique de santé mentale*.

professionnels, même non spécialistes, soient bien formés à ces thématiques pour qu'un soupçon s'installe, acheminant ainsi le porteur vers une investigation de plus en plus spécialisée.

## **5.2 De la lutte contre les hôpitaux psychiatriques à la protection de la santé mentale ?**

Alors que dans les années quatre-vingt-dix, pour les Français, le débat reste ancré à la transition progressive de la psychiatrie à la santé mentale, pour les Italiens il s'agit de mener deux processus. Le premier, consiste à accomplir ce qui a été délégué aux Régions dans les années quatre-vingt, c'est-à-dire éliminer les hôpitaux psychiatriques et les vider progressivement de tous les bénéficiaires qui s'y trouvent. À cause des retards et du chaos caractérisant la régionalisation de ce processus, la question psychiatrique remonte au niveau central. Un Observatoire est institué en 1995<sup>24</sup> par le Ministre de la Santé, et son nom ne laisse pas de doutes sur ses finalités : « *Osservatorio sul superamento dei manicomi* » (Observatoire sur le dépassement des hôpitaux psychiatriques)<sup>25</sup>. Le second processus à mener vise à mettre en œuvre les services considérés comme « nouveaux » dans ce panorama, car alternatifs aux vieux hôpitaux. Leur mission est d'accueillir les patients sortants des hôpitaux, de traiter les nouveaux bénéficiaires hors du milieu hospitalier et, dans des cas exceptionnels, en hôpital général. En termes de délégation de soins, on peut dire qu'il s'agit, d'un côté de fermer et d'ouvrir des infrastructures et, de l'autre, de bloquer des anciens parcours de soins pour en tracer de nouveaux. Si l'on considère l'architecture institutionnelle décentrée du SSN qu'on a abordée dans le chapitre précédent, on comprend bien que mener ces deux processus a été tout d'abord une épreuve locale : chaque région devait en effet élaborer une stratégie pour accomplir cette transition dans les plus brefs délais.

### **5.2.1 Fermer des hôpitaux : bloquer des entrées, promouvoir des sorties.**

En Italie, dès les années quatre-vingt, le déplacement des bénéficiaires des *manicomi* exige un travail politique conséquent à la lutte contre les hôpitaux psychiatriques. La finalité de ce travail, se retrouve en littérature sous le nom de « déshospitalisation ». Encore une fois, à partir d'une image empruntée aux domaines des transports et de la mobilité, on peut approcher les conséquences de ce travail sur la délégation de soin. Si l'on envisage ce

---

<sup>24</sup> Le 24 mai 1995.

<sup>25</sup> L'observatoire, par les décrets successifs de 17.05.1996 e 18.09.1996, deviendra « *Osservatorio sulla salute mentale* ».

processus comme le réaménagement d'un réseau routier, le travail visant à appliquer les lois n° 180 et n° 833, consiste à mettre la main aux infrastructures de ce réseau et, par conséquence, aux flux de circulation. Il faut des réaménagements « lourds » des voies de communication et des lieux reliés par le réseau, ce qui comporte des modifications des directions et de la mobilité des acteurs. Avant ces lois, par exemple, la plupart des bénéficiaires et des demandeurs de la psychiatrie, n'avaient qu'une direction pour s'adresser à des spécialistes : elle allait de la ville à l'hôpital. Un premier aspect de ce travail vise donc à bloquer le flux qui s'achemine dans cette direction, en fermant les portes des hôpitaux. La loi n° 180 dit et la loi n° 833 répète, en effet, « plus aucune admission après décembre 1981 ! ». C'est bien là une bifurcation importante entre la France et l'Italie : si la première décide de réformer les hôpitaux psychiatriques en renouvelant leur fonctionnement, la seconde les ferme. On comprend sans peine les conséquences de cet aspect sur le plan de la délégation de soin : d'un côté, il n'y a plus de nouveaux bénéficiaires pour cette institution et, de l'autre, c'est inutile de se porter demandeur pour une institution destinée à fermer. Le deuxième aspect du travail des acteurs politiques concerne plutôt l'intérieur des hôpitaux : il faut les vider. Comment ? En augmentant la circulation sortante. Ainsi, au lieu d'une circulation à double sens, les déplacements doivent être réaménagés dans un sens unique qui permet le retour définitif au domicile du patient ou dans des « résidences protégées ». Or, si bloquer des admissions comporte juste à stopper des personnes à l'entrée d'une institution, vider des institutions peut prendre du temps car il faut répondre à plusieurs exigences. Il faut, par exemple, trouver des *porteurs* pour ceux qui ne marchaient pas et des *accompagnateurs* pour ceux un peu plus autonomes, mais également trouver des *receveurs* comme les familles d'origine ou des structures d'accueil. Bref, déplacer des personnes pour vider les hôpitaux psychiatriques n'a été une action ni rapide ni efficace car les liaisons entre points de départs et points d'arrivées, n'étaient pas tout à fait tracées. Les flux sortants prévus n'ont pas créé des encombrements de la circulation, au contraire, parfois les bénéficiaires n'ont quitté les lieux qu'à la fin des années 1990. Étant de compétence régionale, ces travaux ont été menés de manière diversifiée dans le pays. De plus, l'action de vider les hôpitaux psychiatriques n'a été une contrainte nationale qu'à la fin des années 1990. Par la loi 724/94<sup>26</sup>, l'État central impose aux régions qui ne l'ont pas encore fait, la définitive fermeture des asiles psychiatriques au plus tard pour décembre 1996 (ce délais a été prorogé deux fois : 31 janvier 1997 et

---

<sup>26</sup> Legge 23 dicembre 1994, n. 724 *Misure di razionalizzazione della finanza pubblica*.

31 décembre 1998)<sup>27</sup>. Entretemps, l'action de *Psichiatria Democratica* se poursuit même après la promulgation de la loi n° 180. La conscience que son application ne sera pas une promenade permet aux Italiens d'établir une différence entre l'épreuve de déplacer les malades et celle de les prendre en charges dans des lieux autres que l'hôpital psychiatrique : la déshospitalisation n'est qu'une forme partielle de désinstitutionnalisation.

En Italie, le mot « déshospitalisation » a fait couler beaucoup d'encre, tant pour dénoncer « la politique de l'abandon » et « l'augmentation des récidives » que pour éviter d'écraser la déshospitalisation à la désinstitutionnalisation. Il n'en est pas de même des acteurs politiques : ni la loi n° 180, ni la loi n° 833 n'utilisent ce mot ou sa forme verbale. Si celle-ci est complètement absente en DISAME, les 25 présences de « *Deospedalizzazione* »<sup>28</sup> se distribuent parmi 11 auteurs périphériques entre 1979 et 2008, en 16 textes. Quant à lui, l'État-central parle plutôt de « graduel dépassement (*superamento*) des hôpitaux psychiatriques ». Si à l'aide de Prospéro on construit le réseau spécifique<sup>29</sup> de l'entité « *superamento* » (dépassement), le premier Être-Fictif qui lui est associé est HOPITAL-PSYCHIATRIQUE@.

---

<sup>27</sup> Après cinq ans de la promulgation de la loi n° 180, l'évaluation de l'actuation de la réforme psychiatrique italienne reste difficile. Des recherches permettent aux acteurs de commencer néanmoins à évaluer le travail des Régions : le *Progetto Finalizzato Medicina Preventiva – Prevenzione Malattie Mentali* du *Consiglio Nazionale delle Ricerche* qui avait été conçu grâce à la collaboration entre F. Basaglia et G. Maccacaro, un ouvrage de *Psichiatria Democratica* coordonné par les psychiatres Paolo Crepet et Domenico De Salvia (1982), et l'enquête coordonné par le Censis-Ciseff (1982). Dans une contribution publiée sur la revue PSS (1983, 22-25), De Salvia considère que ces initiatives offrent seulement partiellement et indirectement une idée précise du processus en acte en Italie : faute de données, elles ne restituent pas la situation globale du pays. Quant aux *déshospitalisations*, la loi n'a pas démarré ce processus mais a contribué à poursuivre un processus déjà commencé. En effet, si dans les années 50 et 60 on observe une augmentation de lits en hôpital psychiatrique, en 1966 presque 100 000, et des bénéficiaires de l'hospitalisation jusqu'en 1965, c'est au cours des années 1970 qu'on enregistre une diminution progressive des présences (accompagnées avec celle du nombre de lits et des journées d'hospitalisation). Le nombre de personnes hospitalisées passe de plus de 100 000 en 1971 à 55.320 en 1981. Si jusqu'au 1975 cette diminution dépend de l'écart qui se creuse entre l'augmentation qui concerne plutôt le nombre des personnes « sorties » que celui de celles « entrées », dans la période suivante on enregistre une baisse qui touche à la fois les « sorties » et les « entrées ». Mais il faut également tenir compte que pour la période 1978-1987, la moitié de la baisse du nombre des malades présents un jour donné en hôpital psychiatrique est due aux décès des patients.

<sup>28</sup> « Déshospitalisation » ne compte qu'une présence en SAME.

<sup>29</sup> Le réseau global permet de développer un mode d'analyse relationnel afin de contourner les limites des raisonnements centrés exclusivement sur des entités isolées ou des catégories : les objets changent en effet selon les environnements dans lesquels ils sont plongés dans les énoncés. Pour Prospéro, le réseau d'une entité donnée est formé par l'ensemble des entités qui entrent en relation directe avec elle dans les énoncés. Les indices numériques qui accompagnent les entités du réseau ne sont pas des indices de fréquence d'association mais de proximité. On considère en effet trois états de la proximité entre deux entités : elles n'ont aucun énoncé en commun ; elles sont séparées par plusieurs verbes, dans le même énoncé ; elles ne sont séparées que par un verbe, dans le même énoncé. Les valeurs correspondantes à ces trois états sont respectivement : 0, 1 et 2. Ces valeurs sont, ensuite multipliées par le nombre d'énoncés dans lesquels a lieu la rencontre. Voir, à ce propos, Chateauraynaud (2003 : 257-265).

Réseau global de l'entité « <i>superamento</i> » (liens spécifiques) <sup>30</sup> (Entité ou Être-Fictif du réseau, score des spécificités, traduction en français)	
<b>OSPEDALE-PSICHIATRICO@ 82</b> condizioni 54 progetto 41 cittadini 39 situazioni 39 emergenza 38 <b>SERVIZI DI SALUTE MENTALE @ 37</b> sostegno 37 <b>PROCESSO@ 27</b> minori 27 tutela della salute mentale 24 progetti 25 promozione 24 utilizzazione 25 qualità 25 difficoltà 25 età 25 riorganizzazione 24 <b>FAMIGLIA@ 23</b>	<b>Hôpital psychiatrique@</b> conditions projet citoyens situations émergence <b>SERVICES DE SANTE MENTALE@</b> soutien <b>PROCESSUS@</b> mineurs protection de la santé mentale projets promotion utilisation qualité difficulté âge réorganisation <b>FAMILLE@</b>

Un tel relevé n'est pas un résultat final. Comme la plupart des tableaux, ce n'est qu'un point de départ pour le travail interprétatif. On peut, par exemple, mieux explorer les 27 énoncés qui, entre 1978 et 2006<sup>31</sup>, présentent la connexion entre « dépassement » et « HP ». 16 Régions mobilisent les expressions suivantes, même après 1990 : « réorganisation interne des hôpitaux psychiatriques afin de dépasser graduellement ces hôpitaux », « nécessité définitive de dépassement de l'hôpital psychiatrique », « dépassement des hôpitaux psychiatriques dans l'objectif de la protection de la santé mentale », « la réalisation des programmes de dépassement des hôpitaux psychiatriques » « afin d'atteindre le dépassement définitif des hôpitaux psychiatriques ». En ce qui concerne « *deospedalizzazione* », ce mot ne reste lié à la question psychiatrique que jusqu'aux années 1980 ; après, la *déshospitalisation* devient un problème de santé publique. Associées à cette expression, on voit en effet apparaître au fil du temps, des catégories qui ne renvoient pas spécifiquement à la psychiatrie : celle de bénéficiaires qu'on ne définit pas en fonction de troubles mentaux mais en fonction de l'âge (« mineurs » et « personnes âgées ») et de comportements à risque (des

<sup>30</sup> Puisque les éléments du corpus ayant les meilleurs scores ont tendance à être connectés à toutes les autres entités, les liens spécifiques permettent de les effacer (par défaut, les premiers 100) virtuellement pour voir ce qui est lié de manière plus spécifique à l'entité qu'on a choisie pour la définition du réseau.

<sup>31</sup> Les réseaux permettent d'accéder aux énoncés dans lesquels les entités sont proches.

« toxicomanes »<sup>32</sup>). On voit également émerger des questions qui portent sur l'hôpital général comme la « réorganisation des services hospitaliers » et de leur personnel, la correction des hospitalisations non appropriées et l'amélioration de l'accès aux parcours d'assistance.

**Repères discursifs 5. Corpus DISAME : exemples d'énoncés engageant directement l'Être-fictif DÉSHOSPITALISATION@**

Région et année	Énoncés (traduction française)
Pouilles 1980	Le service territorial de santé mentale travaille dans les structures suivantes : [...] ; dans les hôpitaux psychiatriques même conventionnés, afin et de fournir l'assistance aux malades hospitalisés dans les hôpitaux encore conventionné et favoriser la <b>déshospitalisation</b> et prise en charge des services territoriaux de protection de la santé mentale <sup>33</sup> .
Basilicate 1985	Activités de réhabilitation : activités visant la <b>déshospitalisation</b> des personnes encore hospitalisées dans les hôpitaux psychiatriques et dans les <i>manicomi</i> privés <sup>34</sup> .
Piémont 1985	Les services d'hébergement sociaux et d'assistance peuvent être utilisés même pour des objectifs sanitaires, particulièrement pour la <b>déshospitalisation</b> protégée, pour la protection de la santé mentale, pour les soins et la réhabilitation des personnes dépendantes des drogues <sup>35</sup> .
Latium 1993	En ce qui concerne la durée moyenne de séjour en hôpital, la présence de valeurs supérieures à 20 % de ceux qui sont préfixées implique l'activation d'interventions visant à la réorganisation des services hospitaliers et des services alternatifs à l'hospitalisation (services de pré-hospitalisation, visites préopératoires, démissions protégées, <b>déshospitalisations</b> ) et développement des services hospitaliers pour les consultations finalisées à établir un diagnostic <sup>36</sup> .
Frioul-Vénétie Julienne 1995	Dans les cas de fermeture des structures hospitalières, le personnel concerné est de manière prioritaire affecté aux services territoriaux finalisés à la <b>déshospitalisation</b> <sup>37</sup> .

<sup>32</sup> Dès les années 1990, la dépendance des drogues est traitée par les Services pour les toxicodépendances SerT. Puisque prévaut un principe d'intégration, les services psychiatriques peuvent soit solliciter soit être sollicités pour des interventions en collaboration avec les SerT, et *vice-versa*. De 1994 à 2006, SERT@ compte 42 présences en DISAME.

<sup>33</sup> *Il servizio dipartimentale di tutela della salute mentale allo scopo di realizzare quanto previsto dal comma precedente, opera nelle seguenti strutture: [...] ; negli ospedali psichiatrici anche convenzionati, sia ai fini dell'assistenza diretta agli ammalati del proprio territorio ancora degenti sia allo scopo di favorire la deospedalizzazione con presa carico nei servizi territoriali di tutela della salute mentale [...]*

<sup>34</sup> *Attività di riabilitazione : a) attività rivolte alla deospedalizzazione dei degenti ancora ricoverati negli ospedali psichiatrici pubblici e nelle strutture manicomiali private [...].*

<sup>35</sup> *I presidi residenziali socio-assistenziali possono essere utilizzati, anche a fini sanitari, soprattutto per la deospedalizzazione protetta, secondo le indicazioni del piano socio-sanitario regionale, nonché per la tutela della salute mentale, per la cura e la riabilitazione dei tossicodipendenti.*

<sup>36</sup> *Valori di degenza media superiori del 20% a quelli indicati devono comportare l'attivazione di interventi tesi alla riorganizzazione dei servizi ospedalieri e di servizi alternativi al ricovero (servizi di preospedalizzazione, visite preoperatorie, dimissioni protette, deospedalizzazione) e potenziamento dei servizi ospedalieri per gli accertamenti diagnostici.*

<sup>37</sup> *Nei casi di disattivazione di strutture ospedaliere il personale interessato viene prioritariamente destinato ai servizi territoriali finalizzati alla deospedalizzazione.*

Vallée d'Aoste 2001	La configuration de l'hôpital (général), fondée sur la déconcentration des services et sur la <b>déshospitalisation</b> , exige de développer les liens interne-externe (téléconsultation médicale, téléassistance) et une forme différente d'agrégation des diverses unités sanitaires. Ces unités ne sont plus en interaction dans un environnement clos (comme celui de l'hôpital traditionnel) mais avec un nombre infini d'autres expériences et compétences <sup>38</sup>
Pouilles 2006	Les dispositions [...] sont finalisées même à faire face aux dépenses de plus en plus importantes causées par le renouvellement des contrats de travail voire à réaliser des processus de <b>déshospitalisation</b> impliquant la réduction des coûts pour les hospitalisations non appropriées <sup>39</sup>
Pouilles 2008	Le développement de formes alternatives d'assistance est fondé sur le processus de <b>déshospitalisation</b> prévu par les normes en vigueur, et sur l'exigence de garantir au citoyen les prestations nécessaires à son besoin de santé, en simplifiant l'accès aux parcours d'assistance, en garantissant la continuité et la rationalité des modalités de production <sup>40</sup> .

Mener le travail de dépassement des hôpitaux psychiatriques et de déshospitalisation, ne veut pourtant pas éliminer le problème de comment faire face à l'épreuve de « protéger la santé mentale ». À côté d'un travail qui vise à éliminer un agent menaçant comme l'hôpital psychiatrique, il en faut un autre qui réalise un agent protecteur, c'est-à-dire d'autres institutions qui protègent. Ainsi, même si la lutte contre les hôpitaux psychiatriques avance lentement, simultanément il faut un autre travail aussi important que le premier : celui de la désinstitutionnalisation qui exige la création de services alternatifs à l'hospitalisation psychiatrique.

### 5.2.2 Ouvrir des services alternatifs à l'hospitalisation psychiatrique

Difficile de s'adresser à des spécialistes lorsque les institutions qui doivent permettre cette rencontre n'existent pas en nombre suffisant ou ne sont pas facilement accessibles. Joli truisme dira-t-on, mais certaines données peuvent aider à mettre le doigt sur cet aspect

<sup>38</sup> *La configurazione dell'ospedale (generale), basata sul decentramento e sulla deospedalizzazione, richiede infatti un potenziamento della capacità di collegamento interno-esterno (teleconsulto, teleassistenza) ed una diversa forma di aggregazione delle varie unità di produzione sanitaria, che non vivono più in interazione con un ambiente chiuso (l'ospedale tradizionale), ma con un numero pressoché infinito di altre esperienze e competenze.*

<sup>39</sup> *Le disposizioni di cui ai commi 4 e 5 sono finalizzate anche a far fronte ai maggiori oneri derivanti dai rinnovi dei contratti di lavoro nonché a realizzare processi di deospedalizzazione comportanti riduzione di costi per ricoveri non appropriati.*

<sup>40</sup> *Lo sviluppo di forme alternative di assistenza trova fondamento nel processo di deospedalizzazione previsto dalla normativa vigente in materia e nella esigenza di garantire al cittadino le prestazioni necessarie al proprio bisogno di salute, semplificando l'accesso ai percorsi assistenziali, garantendone la continuità e la razionalità delle modalità erogative.*



basique de la délégation de soins. Appelés d'abord *Presidi Psichiatrici Territoriali* (PPT) et ensuite *Dipartimenti di Salute Mentale* (DSM), les services extrahospitaliers de la réforme sont, au 31 décembre 1984<sup>41</sup>, distribués de manière irrégulière sur le territoire national. 51 % sont implantés dans les régions du Nord, et 18 % de la population italienne réside dans des territoires qui en sont dépourvus. De plus, si 5 % des services sont ouverts tous les jours de la semaine, 64 % sont fermés pendant les jours fériés, le reste ouvre ses portes cinq ou moins de cinq jours par semaine. L'accès physique n'est pas non plus facile : 29 % ne sont pas reliés aux transports en commun. Si les *Centri di Salute Mentale* (services équivalent aux Centres Médico-psychologiques français) sont présents de manière homogène sur tout le territoire national, les *Centri Diurni* (structures équivalentes aux hôpitaux de jour français), sont complètement absents en Vallée d'Aoste, Basilicate et Calabre, et sont en-dessous de la moyenne nationale dans les Abruzzes, en Sardaigne et dans la Province de Bolzano. Une composante hospitalière à caractère temporaire est également présente dans ces services extrahospitaliers mais elle est faible : environ 15 % des services sont fournis en lits de jour et de nuit. Là où cette composante est censée donner des réponses se situe à l'hôpital général. L'hospitalisation à temps complet se fait désormais en hôpital général, donc pas d'hospitalisation psychiatrique sans le *Servizio Psichiatrico de Diagnosi e Cura* (SPDC) (service psychiatrique de diagnostique et de soin)<sup>42</sup>. Mais les recensements des enquêtes de l'époque ne sont pas non plus encourageants sur ce service. Les 232 SPDC existants (390 étaient prévus) regroupent 3 055 lits de psychiatrie en hôpital général (contre 5 152 prévus) soit une moyenne nationale d'un lit pour 18 500 habitants<sup>43</sup>. Mais ce dernier chiffre doit être analysé au niveau régional. En 1981, des régions sont en tête de liste pour l'institution des SPDC dans leurs USL, comme par exemple la Molise et la Vénétie (qui ont 1 lit pour 9 500 hbs), suivies par la Basilicate et la Vallée d'Aoste. D'autres régions sont considérablement en

<sup>41</sup> Ces données sont tirées de l'étude du CENSIS et publiées sur *Epidemiologia e Prevenzione* de 1987 (CARDEA et FRISANCO, 1987 : 41-52).

<sup>42</sup> C'est ce que dit la loi, mais il n'a pas toujours été facile de comprendre comment se sont passées les choses sur le terrain. L'enquête menée par la *Commissione degli Affari Sociali della Camera dei Deputati* (Commission des Affaires Sociales de la Chambre des Députés) en 1997, souligne les différences entre les données du Ministère et celles fournies par les Régions ou par les acteurs auditionnés. Selon le premier, des établissements seraient fermés alors que les informations fournies par les Régions démontreraient le contraire. Dans plusieurs cas, en fait, on enregistre une fermeture au niveau bureaucratique et administratif, en changeant le statut des bénéficiaires de *degenti* (personnes hospitalisées) à *ospiti* (résidents). Cette modalité de fermeture des hôpitaux psychiatriques n'est pas acceptée et partagée par la Commission. On parle également de sorties « bureaucratiques », pour indiquer les sorties qui ne sont pas accompagnées par la préparation des individus, des structures et des collectivités. Dans tous les cas, les patients renvoyés sont allés chez eux ou, pour ceux qui les avaient encore, dans leurs familles d'origine. Il s'agissait de patients chroniques ou de personnes âgées psychiatriquées. Souvent les familles n'étaient pas prêtes à les accueillir ou tout simplement ne voulaient pas d'eux.

<sup>43</sup> Frappante, à ce propos, la différence entre ce taux et celui préconisé par l'OMS : 3 lits pour 1 000 habitants.

retard : le Latium (1 lit pour 67 300 hbs), les Abruzzes et l'Ombrie. Le total des personnes hospitalisées sous contrainte, c'est-à-dire par le dispositif du Traitement Sanitaire Obligatoire, se monte à 23 % des personnes hospitalisées en 1984. La durée moyenne de l'hospitalisation sous contrainte et volontaire est de 12,5 jours, ce qui explique l'important recours de 44 % de patients admis plusieurs fois en hospitalisation dans la même année. D'après plusieurs professionnels interrogés à l'époque, le SPDC devient une solution provisoire à l'urgence des situations difficiles et la durée des hospitalisations est trop courte pour pouvoir produire des effets à long terme. Dans ce contexte, le circuit de la délégation de soins ne se limite pas à une ligne droite qui va de l'hôpital au cadre familial ou à celui d'une communauté thérapeutique, c'est plutôt un aller-retour entre hospitalisation, déshospitalisation et réadmission<sup>44</sup>. Dans ce circuit, les structures qu'on appelle « intermédiaires » doivent se placer entre les anciens hôpitaux psychiatriques et la réinsertion dans le milieu non hospitalier. Ce sont des structures résidentielles ou habitations non protégées, communautés protégées avec un personnel psychiatrique 24/24 heures ou semi-protégées, des hôpitaux de jour pour des activités thérapeutiques et de réhabilitation, et des coopératives de travail. L'enquête CENCIS montre que 65 % de ces structures sont concentrés dans seulement trois Régions : l'Émilie-Romagne, la Toscane et la Lombardie.

Revenons à DISAME. De 1980 à 2003, « *deistituzionalizzazione* » compte 27 présences et les auteurs qui l'utilisent sont exclusivement régionaux : Frioul Vénétie-Julienne (11), Calabre (7), Latium (4), Molise (2), Sicile, (1), Abruzzes (1), Vallée d'Aoste (1) et Trentin-Haut-Adige (1). Cela démontre qu'il n'y a pas de projet national visant à mener cette action de façon coordonnée et unitaire.

---

<sup>44</sup> La question de la « *porta girevole* » (*revolving doors*) est évoquée en DISAME deux fois, en 1995 et 2009, et permet de porter l'attention à la question des TSO répétés.

**Repères discursifs 6. Corpus DISAME : exemples d'énoncés engageant directement l'Être-Fictif DÉINSTITUTIONNALISATION@**

Région et année	Énoncés (traduction française)
Frioul Vénétie Julienne 1980	La Junte régionale <sup>45</sup> fixe le besoin de logements, en copropriété ou non, à réserver pour les exigences du programme de <b>désinstitutionnalisation</b> , et autorise l'insertion de ces besoins dans les plans de logements publics <sup>46</sup>
Trentin-Haut- Adige 1991	Les services socio-sanitaires se proposent de : promouvoir et soutenir le maintien ou la réinsertion des personnes en famille ou dans des contextes familiaux ou communautaires, afin de favoriser le processus de la <b>désinstitutionnalisation</b> <sup>47</sup>
Latium 1993	Pour favoriser la <b>désinstitutionnalisation</b> des patients hospitalisés dans les structures psychiatriques [...], la région prévoit des fonds spécifiques <sup>48</sup>
Latium 1996	Pour faire face aux carences en matière de logement, prévenir des situations de marginalisation ou ségrégation d'individus ou de désagrégation de familles, favoriser la <b>désinstitutionnalisation</b> de sujets hospitalisés ou en éviter l'hospitalisation, les interventions doivent : a) recenser les immeubles de propriété des services locaux pour les réaménager ou procéder à des reconversions patrimoniales <sup>49</sup>
Calabre 2003	garantir aux citoyens le droit de ne pas se séparer de leurs familles ou de ne pas s'éloigner de leurs communautés locales, par l'actuation de formes concrètes de <b>désinstitutionnalisation</b> et par la limitation des hospitalisations aux cas où cela est nécessaire <sup>50</sup>

Mais s'engager dans la désinstitutionnalisation, veut dire également prendre une position face au processus contraire : l'institutionnalisation. Mobilisée au niveau régional, le mot « *istituzionalizzazione* » compte, de 1981 à 2009, 19 présences et les auteurs qui l'utilisent sont les suivants : Pouilles (5), Vallée d'Aoste (5), Abruzzes (3), Vénétie (3), Émilie (3), Sicile (2), Trentin-Haut-Adige (2), Frioul Vénétie-Julienne (1), Latium (1) et

<sup>45</sup> C'est l'organe exécutif des régions.

<sup>46</sup> *La Giunta regionale determina altresì il fabbisogno di appartamenti, in condominio o in villette, da riservare per le esigenze del programma di deistituzionalizzazione e ne dispone l'inserimento nei piani di edilizia pubblica.*

<sup>47</sup> *I servizi socio-sanitari si propongono di realizzare: promuovere e sostenere il mantenimento o il reinserimento delle persone in stato di bisogno nel proprio nucleo familiare ovvero l'inserimento in famiglia, nuclei di tipo familiare o ambienti comunitari idonei, favorendo così il processo di destituzionalizzazione; [...].*

<sup>48</sup> *Per favorire la deistituzionalizzazione dei pazienti ricoverati nelle strutture psichiatriche di cui all'articolo 14 della legge regionale 14 luglio 1983, n. 49 e nelle case di cura neuropsichiatriche, la Regione finalizza appositi fondi [...].*

<sup>49</sup> *Gli interventi per far fronte a specifici stati di bisogno connessi a carenze abitative, sia per prevenire situazioni di emarginazione e segregazione di individui o di disgregazione di nuclei familiari, sia per favorire la destituzionalizzazione di soggetti ricoverati o evitarne il ricovero, consistono : a) nella individuazione degli immobili di proprietà degli enti locali da destinare ad alloggi, anche attraverso operazioni di riconversione patrimoniale [...].*

<sup>50</sup> *[...] garantire il diritto dei cittadini a non essere separati dalla propria famiglia e allontanati dalla propria comunità locale, attuando concrete forme di deistituzionalizzazione e limitando gli interventi di ricovero ai soli casi in cui ciò si renda necessario.*

Basilicate (1). Comme on le voit pour « déshospitalisation », cette question déborde du champ de la psychiatrie des adultes, au cours des années 2000. Vu sa faible présence, une lecture qualitative suffit à comprendre quelles sont les associations que les auteurs font à propos de « institutionnalisation ». Si dans les expressions suivantes on remplace « institutionnalisation » par un X, il s'agit de « réduire l'X des mineurs handicapés », « éviter le recours à l'X dans les cas de troubles psychiques », « mener des formes d'actions alternatives à l'X de mineurs handicapés », « promouvoir des interventions alternatives à l'X en liaison avec le Tribunal des Mineurs » « empêcher la chronicisation du trouble et de l'X », « limiter l'X », « éliminer les causes fréquentes de X », « contraster l'X impropre ou précoce », « limiter chaque processus de X et de marginalisation », « retarder l'X définitive », « prévenir les hospitalisations prolongées et l'X », « réaliser des projets pour le dépassement de l'X », « réduire seulement aux cas extrêmes les pratiques de X », « retarder le plus possible l'X de la personne âgée » « l'X de l'observation épidémiologique », « l'X de l'évaluation continue de la qualité des services fournis ». L'analyse des énoncés montre que, à partir des années 2000, l'institutionnalisation commence à être exclusivement opposée au domicile de la « personne âgée ». Pour l'éviter, des aides financières et services à la personne permettent le maintien à domicile. Parfois le législateur arrive même à introduire le point de vue de l'acteur pour en exprimer ses préférences, comme dans le cas suivant :

Il faut optimiser l'assistance de la personne âgée en travaillant sur le parcours et sur le maintien des nœuds du réseau, en considérant que l'objectif prioritaire est de retarder le plus possible l'institutionnalisation et en se souvenant que la personne âgée, lorsqu'elle en a la possibilité, aime rester dans sa propre maison<sup>51</sup>.

Cet énoncé permet d'introduire le rôle qui commence à être attribué à une notion qui va s'installer progressivement dans la question psychiatrique, celle de *rete* (réseau). Mais quelque précision sur la traduction de cette notion s'impose, afin de bien l'aborder en détail.

### 5.2.3 La notion de *rete* (réseau)

Le lecteur attentif au dernier énoncé, aura remarqué qu'on a traduit le mot « *rete* » par « réseau ». La langue italienne, dans ce cas, n'a qu'un mot pour dire ce que la langue française peut dire en plusieurs mots. Si l'on suit le *Dictionnaire Bilingue Larousse*, en effet, à l'entrée « *rete* » on peut retrouver plusieurs traductions parmi lesquelles : « filet »,

---

<sup>51</sup> Occorre, cioè, ottimizzare l'assistenza dell'anziano lavorando sul percorso e sulla permanenza nei singoli nodi della rete, considerando che l'obiettivo prioritario rimane ritardare il più possibile l'istituzionalizzazione e ricordando che l'anziano, qualora ce ne sia la possibilità, ama restare nella propria casa.

« réseau », « sommier », « clôture métallique », « piège » ; et chacun de ces mots évoque tant des scénarios que des personnages. « Filet », par exemple, évoque la pêche, la chasse et le piège, d'où les expressions *jeter les filets* et *prendre quelqu'un dans ses filets* ; mais également à la sécurité dans les chantiers et dans l'industrie, si l'on parle de *filet de protection*. Si dans ce dernier sens on parle de filet en tant qu'objet de sécurité, c'est parce cet objet protège, quel que soit le type de risque qu'il est censé éloigner. Une simple enquête sur le net suggère qu'il existe en vente des filets : de protection *anti-chute* et *garde corps*, pour *échafaudages*, *pare ballons*, de *benne de camions*, *contre les feuilles pour les piscines*, *brise-vue*, *d'ombrage*, *brise-vent*, *anti-grêle*, *anti-oiseau* ; et qu'il n'existe pas de *filet de protection* au sens figuré. De la même manière, en Italie on peut trouver des *reti anticaduta* (contre les chutes), des *reti di sicurezza per cantieri di lavoro* (contre les accidents au travail), des *reti di protezione* (de protection). Bref, en français, les idées de protection et de menace ne rentrent parmi les conséquences pragmatiques que le « filet » ; si l'on utilise « réseau », on les perdrait. Par contre, *rete*, en italien permet de garder tant les idées de protection et menace que celle de réseau. Traduire « *rete* » par « réseau », au lieu de « filet », devient ainsi le résultat d'une négociation. Dans cette négociation, d'un côté, on préfère ne pas évoquer chez le lecteur français ni l'idée de pêche ni celle de piège - car il aurait sans doute du mal à s'expliquer le rapprochement entre « filet » et « institutionnalisation » -, de l'autre, on choisit d'évoquer l'idée d'agrégat plus ou moins stabilisé, que le mot « *rete* » évoque également en italien. Ce qu'on risque de perdre dans cette traduction, c'est le binôme protection-menace<sup>52</sup>. Il est nécessaire de signaler cette perte car c'est même dans cette acception qu'on utilise le mot « *rete* » en DISAME, et c'est à cette acception que le lecteur doit également se référer. En effet, si on met tant de soin pour signaler que « *rete* » n'équivaut pas seulement à « réseau », c'est parce que des auteurs confirment cette idée, comme par exemple, le Conseil Régional de la Campanie.

Le concept de « réseau », pour être réel, doit prévoir une rationalisation et systématisation de tous les chaînons qui, de façon cohérente et sans décalages, doivent garantir la prise en charge du patient qui a besoin d'interventions en émergence<sup>53</sup>.

<sup>52</sup> C'est la raison pour laquelle lorsqu'on parle, en italien, de la « sociologie de l'acteur-réseau », on préfère toujours garder soit l'expression en l'anglais « *actor-network theory* », soit traduire « *sociologia della traduzione* ». Il serait ainsi très exotique de parler de la « *sociologia dell'attore-rete* ». La notion de « *rete* » a eu un succès considérable dans la *sociologia relazionale* de Pier Paolo Donati, la sociologie de la famille, et dans le domaine du travail social.

<sup>53</sup> *Il concetto di "Rete", per essere reale, deve prevedere una razionalizzazione e sistematizzazione di tutti i tasselli che, coerentemente e senza sfasature, devono garantire la presa in carico del paziente realmente bisognoso di interventi in emergenza.*

Si d'un côté les chaînes et la pensée rationnelle renvoient à un agrégat de liens établis sans improvisation, de l'autre, l'état d'urgence signale un risque présent ou, dans tous les cas, une menace qui justifie qu'une intervention soit garantie. De la même manière, le Conseil Régional de Molise associe l'organisation d'un réseau et la protection que ce réseau fournit.

Le système des services sociaux de la Région a pour but de réaliser un réseau de protection sociale, d'opportunités et de garanties visant au développement humain et au bien-être de la communauté, au soutien des projets de vie des personnes et des familles<sup>54</sup>.

Pour aller un peu plus loin, on peut tester cette piste à partir du réseau global<sup>55</sup> de l'Être-Fictif RETE@.

Éléments du réseau global de RETE@ (Entité ou être-fictif du réseau, score de spécificité, traduction en français)		
Emergenza	321	Urgence
PERCORSO@	188	parcours@
SERVIZI_SOCIALI@	152	services sociaux
PAZIENTE@	148	patient
persone	118	personnes
attivazione	117	activation
promozione	115	promotion
servizi sanitari	112	services sanitaires
ambito	111	domaine
riorganizzazione	105	réorganisation
PROCESSO@	102	processus
collegamento	102	liaison
SALUTE@	101	santé@
accesso	99	accès
RICOVERO@	95	hospitalisation@
SSR@	93	Système Sanitaire Régional@
progetti	93	projets
qualità	92	qualité
aree	89	zones
bisogni	88	besoins
modelli	86	modèles
offerta	82	offre
centri	81	centres
../..		../..

<sup>54</sup> *Il sistema dei servizi sociali della Regione é finalizzato a realizzare una rete di protezione sociale, di opportunità e di garanzie volte al pieno sviluppo umano e al benessere della comunità, al sostegno dei progetti di vita delle persone e delle famiglie.*

<sup>55</sup> Sur la notion de « réseau global » voir la note p. 185.

Pris sous cette forme, ce tableau ne dit pas grand-chose, comment donc l'interpréter ? Tout dépend de ce que l'on cherche, mais ce qui est le plus indispensable dans l'interprétation c'est de prendre en compte les énoncés dans lesquels les auteurs rapprochent ces entités. D'abord, si « émergence » est en tête de liste du réseau, c'est parce qu'un ensemble de services font réseau autour de cette notion. Parmi eux, le « réseau des services d'émergence » de l'hôpital est le plus évoqué. Ensuite, comme pour la France existent des « Parcours de soins », en DISAME les auteurs mobilisent des « parcours », mais accompagnés de plusieurs qualités. Toutes les expressions qui présentaient le mot « parcours » au singulier ou au pluriel, suivies d'une qualité, ont été rassemblées dans l'Être-fictif PARCOURS@<sup>56</sup>. Le rapprochement que les auteurs font entre des *réseaux* et des *parcours* permet d'avancer encore un peu dans l'idée d'une délégation de soin qui circule dans un réseau et qui ne peut pas s'épargner de prises institutionnelles sur les déplacements physiques des personnes. Voici deux exemples de ces rapprochements.

L'organisation des services sanitaires territoriaux de la zone-*distretto* et des services hospitaliers en réseau, assure à la personne assistée la garantie de bénéficier d'un parcours approprié d'assistance, qu'on lui fournit de manière rapide et correspondante au besoin évalué, selon les principes de la qualification des prestations fournies et de la compatibilité des ressources disponibles<sup>57</sup>.

Le système social du réseau exprime au mieux un processus d'auto-adaptation continue et réciproque en fonction des besoins de la population, en redéfinissant continuellement des parcours d'assistance grâce au choix du porteur de la demande (*Distretto*) parmi tous les services offerts par les structures publiques et privées<sup>58</sup>.

Mais à bien regarder cette liste, l'absence de « psychiatrie » et de « santé mentale » peut interroger. Ont-elles des liens trop faibles pour faire partie de ce réseau ? ». Une piste d'interprétation peut être élaborée à partir de ce à quoi renvoient les entités ou les Êtres-fictifs qu'on trouve en tête de liste. En ce qui concerne, par exemple « services sanitaires », il faut

---

<sup>56</sup> En excluant, bien sûr, de ce regroupement les expressions qui ne font pas partie de ce champ sémantique comme « *percorso/i di formazione* » (parcours de formation) et « *percorso/i formativi* » (parcours formatif/s). Voici les expressions qu'on a retenues : « *percorso assistenziale* », « *percorso diagnostico-terapeutico* », « *percorso di cura* », « *percorso terapeutico* », « *percorso di accompagnamento* », « *percorsi assistenziali* », « *percorsi diagnostico-terapeutici* », « *percorsi di cura* », « *percorsi terapeutico-rapibilitativi* », « *percorsi preventivi* », « *percorsi integrati* ».

<sup>57</sup> *I servizi sanitari territoriali della zona-distretto e quelli ospedalieri in rete sono organizzati allo scopo di garantire all'assistito la fruizione di un percorso assistenziale appropriato, tempestivamente corrispondente al bisogno accertato, secondo i principi della qualificazione delle prestazioni erogate e della compatibilità con le risorse disponibili.*

<sup>58</sup> *Il sistema sociale della rete esprime al meglio un processo di continuo autoadattamento reciproco in funzione dei bisogni della popolazione, in una continua ridefinizione dei percorsi assistenziali individuati grazie alla scelta del latore della domanda (Distretto) tra tutti i servizi offerti dalle strutture sia pubbliche che private.*

savoir que les services de santé mentale en font partie depuis l'institution des USL. Donc, même si « psychiatrie » ou « santé mentale » ne sont pas dans les premières positions de cette liste, la présence d'entités est détectable par la médiation des « services sanitaires ». Mais on peut toujours chercher dans la liste la première entité qui renvoie directement à la psychiatrie ou la santé mentale et que, pour des raisons de place, on n'a pas pu montrer dans ce tableau. Pour retrouver « Services de Santé Mentale » (SSM@) il faut aller à la 50e place de la liste, et on peut lire les 14 énoncés où ces services se retrouvent en proximité de « rete ». Voici un exemple de cette proximité, où est présente même la notion d'émergence :

La collocation du SPDC dans des *Presidi* ou des hôpitaux généraux qui sont affectés au réseau pour l'urgence, ne détermine, en soi, aucune liaison directe entre les fonctions de l'émergence et l'hospitalisation psychiatrique<sup>59</sup>

La notion de « rete » présuppose pourtant une expérience sans laquelle aucun bénéficiaire pourrait suivre un parcours d'assistance ou de soin : celle d'y entrer. Et pour y entrer il faut une porte, une entrée, un passage. Or, si l'hypothèse que l'épreuve de protéger la santé mentale peut se faire presque dans les mêmes circuits qui protègent la santé publique, on peut évaluer si les auteurs de DISAME ont mis le doigt sur cette expérience et comment. Même si les institutions qui s'érigent dans ces circuits restent spécialisées - car délimitées selon plusieurs critères parmi lesquels celui du problème à traiter -, l'accès à la rete ne devrait pas sélectionner, filtrer, stopper les bénéficiaires à l'entrée. C'était le principe même qui a inspiré l'institution du SSN, c'est-à-dire : il ne faut pas sectoriser l'action publique sanitaire et sociale. Mais comment démontrer empiriquement que la question psychiatrique en Italie prend la forme d'un problème public, plutôt qu'être un problème de certains publics, acheminés dans certains réseaux ? Si ce problème est traité à part, dans un circuit spécialisé, l'accès et les portes d'entrée dans ce circuit seront à part. Si au contraire, la question psychiatrique est traitée avec d'autres problèmes, on devrait être presque dans le même réseau et peut-être, pour y accéder, on pourrait partager des points d'entrées communs. Pour faire l'expérience d'un rapprochement éventuel entre protection de la santé mentale et protection de la santé il faut, encore une fois, suivre de près les auteurs de DISAME pour voir si eux-mêmes font ce rapprochement. En particulier, il faut analyser où ils placent les dispositifs censés protéger la santé et la santé mentale, et s'ils établissent des portes d'entrée réservées ou communes à ces services. Des régions, comme les Pouilles, la Molise et la Campanie, par

---

<sup>59</sup> *La collocazione del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura in Presidi o Aziende Ospedaliere afferenti alla rete per l'emergenza non determina di per sé alcun diretto collegamento tra le funzioni dell'emergenza e il ricovero psichiatrico.*



exemple, conçoivent un dispositif qu'elles nomment « *Porte Uniche di Accesso* » (PUA) (littéralement : « Portes Uniques d'Accès »). La première décrit ce dispositif ainsi :

un système unique d'accueil de la demande par le biais de la « *Porta Unica di Accesso* », qui exprime de manière figurée le concept d'« entrée » dans le réseau des services. L'appellation « unique » renvoie à l'idée d'un accueil non sectorisé, au caractère unique du traitement des informations qui serviront à l'évaluation successive, et à la nécessité que ce niveau soit organisé de manière conjointe par les Mairies et par les ASL afin d'assurer une responsabilité partagée de la prise en charge qui suivra à cette étape<sup>60</sup>.

Il s'agit donc d'un service finalisé à « améliorer l'accessibilité » tant aux services sociaux qu'aux services sanitaires, à « orienter les usagers/patients », à « assurer le premier point d'accès », bref « un système unique d'accueil de la demande ». On comprend sans peine que, vu le caractère de proximité de ce dispositif, il ne peut qu'être conçu et réalisé au niveau local. Mais cela ne veut pas pour autant dire que la question de l'accessibilité n'est pas un enjeu partagé au niveau national<sup>61</sup>, ou un point abordé sous formes différentes de la PUA. Comme, par exemple, la Vallée d'Aoste et les Pouilles qui créditent au *Distretto* un rôle de médiateur institutionnel entre citoyens et structures plus spécialisées, afin de garantir l'accès aux services.

Outre les fonctions de production et d'intégration entre services sanitaires et sociaux, le *Distretto* est appelé à garantir à ses citoyens-usagers l'accès aux services considérés nécessaires à l'obtention d'une réponse appropriée à leurs besoins de santé. Cette fonction est conçue en termes de « *committenza* »<sup>62</sup> qui permet au *Distretto* de devenir « porte d'accès » privilégiée au réseau des services régionaux et des autres acteurs locaux<sup>63</sup>.

Cette question de la porte d'entrée est d'autant plus importante si l'on considère qu'il faut passer des épreuves, parfois préétablies et préfixées par l'institution, pour s'en remettre à

---

<sup>60</sup> « un sistema unico di accoglienza della domanda, attraverso la "Porta Unica di Accesso" (PUA) che esprime in maniera figurata il concetto di "ingresso" alla rete dei servizi, la cui "unitarietà" richiama la non settorialità dell'accoglienza e la unicità del trattamento dei dati ai fini della successiva valutazione, nonché la necessità che tale livello organizzativo venga congiuntamente realizzato e gestito dai Comuni e della ASL, al fine di assicurare una responsabilità condivisa nella presa in carico successiva. » Legge Regionale N. 23 del 19-09-2008, Regione Puglia. "Piano regionale di salute 2008 - 2010".

<sup>61</sup> Si l'on prend seulement l'entité « accessibilité », elle compte 100 présences, et elle est mobilisée par 19 régions sur 20 et par le Président de la République.

<sup>62</sup> Difficile de traduire « *committenza* » en français. En italien, ce mot ne renvoie pas forcément au domaine commercial et financier, comme c'est le cas de « commanditaire » en français.

<sup>63</sup> Oltre alle funzioni di produzione e di integrazione fra i servizi sanitari e sociali, il Distretto è chiamato a garantire ai propri cittadini utenti l'accesso ai servizi reputati necessari per avere una risposta appropriata ai loro bisogni di salute. Questa funzione si configura in termini di "committenza" e rende il Distretto "porta di accesso" privilegiata alle reti dei servizi regionali, aziendali e degli enti locali. Legge Regionale N. 18 del 04-09-2001, Regione Valle d'Aosta. Approvazione del piano socio-sanitario regionale per il triennio 2002/2004.

un spécialiste. Avant les années soixante-dix, par exemple, pour s'en remettre à un psychiatre et arriver à l'hôpital, le bénéficiaire devait d'abord prouver socialement être porteur d'une forme de dangerosité ou d'une forme d'opposition au traitement et, ensuite, être attrapé et amené par la police. Aujourd'hui, un bénéficiaire potentiel ne doit pas nécessairement passer par cette épreuve pour bénéficier de soins hospitaliers. Et pour s'adresser à un ambulatoire, il lui faut traverser d'autres types d'épreuves qui mélangent perceptions subjectives, réseaux personnels et dispositifs publics : ressentir des perceptions et leur attribuer le statut d'un problème ; établir un lien entre ces perceptions et le spécialiste qu'il lui faut ; s'orienter dans une panoplie d'offres publiques et privées ; se déplacer et rendre compte, par le discours, de son problème au spécialiste. La belle expression française « accès aux droits », qu'on utilise même pour les droits à l'assistance sanitaire, permet de mettre le doigt sur cette expérience de mouvement et de passage entre un *dehors* et un *dedans* car elle ne rappelle pas seulement une expérience au sens figuré, mais également physique. Il suffit de penser aux déplacements des personnes immigrées qui, pour avoir accès à certains droits, doivent passer physiquement dans des lieux et par des *portes* qu'on leur réserve. Certaines associations ou services de l'État sont conçus effectivement pour promouvoir « l'accès aux droits »<sup>64</sup>.

Cette manière de procéder, pas à pas, dans l'interprétation, permet de retrouver le rôle irremplaçable de la lecture qui accompagne toute forme d'investigation. Par la lecture, la parole des acteurs est respectée car les rapprochements qu'ils font dans leurs énoncés ne sont pas brisés, et les corpus ne sont pas écrasés dans des tableaux muets. Car aucune machine informatique ou procédure automatique ne peut se substituer à la lecture des textes et des tableaux.

#### 5.2.4 La « *salute mentale* » dans des listes

Revenons aux documents de DISAME : quels appuis empiriques permettent de creuser encore la piste que la santé mentale se rapproche de la santé publique ? Si la notion de *rete* et l'expérience d'entrer dans un réseau ont montré que les acteurs politiques conçoivent les circuits de manière connectée, on n'a pas encore approfondi comment la question de la santé mentale est placée, par les auteurs, dans ces circuits. Une réponse peut être formulée à partir de l'apparente confusion qui envahit l'étude de DISAME, lorsqu'on veut rechercher l'Être-

---

<sup>64</sup> Comme par exemple le dispositif *Permanence d'accès aux soins de santé* (PASS). Des cellules de prise en charge médico-sociales de premier recours facilitent l'accès des personnes démunies non seulement au système hospitalier mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social. Ce dispositif a été instauré, en 1998, par la loi d'orientation de lutte contre les exclusions.

fictif SANTE-MENTALE@ pour en étudier ses voisinages textuels. Le résultat, à première vue, est décevant car la plupart des fois on retrouve « santé mentale » dans des listes bien hétérogènes. Au méli-mélo de ces listes qui empêche de comprendre la logique qui les sous-tend, s'oppose la répétition du seul élément commun qui les traverse : la présence de « santé mentale ». Voyons des exemples de ces listes pour, ensuite, les discuter.

**Repères discursifs 7. Corpus DISAME : exemples d'énoncés engageant directement l'Être-Fictif SANTE MENTALE@**

Toscane 1990	Actions programmées dans le secteur social : - enfance et adolescence ; assistance aux détenus et intervention dans les prisons ; protection de l'ethnie Rom, assistance aux immigrés, formation permanente des travailleurs sociaux ; système informatif des services sociaux ; c) projets objectifs : - santé de la femme, procréation responsable et protection de la maternité ; <i>recupero</i> <sup>65</sup> et rééducation fonctionnelle, handicap ; protection de la santé des personnes âgées ; <b>santé mentale</b> ; prévention des dépendances et assistance aux toxicomanes <sup>66</sup>
Sicile 1993	Les Unité Sanitaires Locales s'articulent dans les secteurs administratifs et sanitaires suivantes : a) secteurs administratifs : 1) secteurs affaires générales et légales, contentieux ; 2) secteur affaires du personnel ; 3) secteur affaires économiques-financières ; 4) secteur technique et du patrimoine ; 5) secteur économat. b) Secteurs sanitaires : 1) hygiène, santé publique, assistance sanitaire collective dans les lieux de vie et de travail ; 2) assistance sanitaire de base, spécialisée et de réadaptation et médecine légale ; 3) service pharmaceutique ; 4) assistance hospitalière publique et privée ; 5) <b>santé mentale</b> et toxicodépendance ; 6) santé publique vétérinaire <sup>67</sup>
Pouilles 1994	La région des Pouilles fixe comme domaines prioritaires dans lesquels promouvoir et soutenir les activités de bénévolat, les domaines d'intervention suivants : a) le domaine socio-sanitaire, en particulier les problématiques des handicapés, de la <b>santé mentale</b> , des toxicomanes, de l'alcoolisme, de la donation du sang, de la donation d'organes, des pathologies chroniques et invalidantes et des maladies sociales, des tumeurs, du SIDA. On inclut dans ces domaines toutes les initiatives

<sup>65</sup> Mot qui veut dire « réinsertion », « rééducation » mais ici, le sens est proche plutôt de « récupérable ».

<sup>66</sup> *Azioni programmate nel settore sociale: - infanzia ed adolescenza; - assistenza ai detenuti ed intervento nel carcere; - tutela dell' etnia Rom ; - assistenza agli immigrati; - formazione permanente del personale sociale; - sistema informativo dei servizi sociali; c) progetti obiettivo: - salute della donna, procreazione responsabile e tutela della maternità e dell' infanzia; - recupero e rieducazione funzionale, assistenza protesica, handicap; - tutela della salute degli anziani; - salute mentale; - prevenzione delle dipendenze e assistenza ai tossicodipendenti.*

<sup>67</sup> *Le unità sanitarie locali si articolano nei settori amministrativi e sanitari di seguito riportati : a ) settori amministrativi : 1) settore affari generali e legali, contenzioso ; 2) settore affari del personale ; 3) settore affari economico-finanziari ; 4) settore tecnico e patrimoniale ; 5) settore provveditorato ed economato, b) settori sanitari : 1) igiene, sanità pubblica, assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro ; 2) assistenza sanitaria di base, specialistica e riabilitativa e medicina fiscale e legale ; 3) farmaceutica ; 4) assistenza ospedaliera pubblica e privata ; 5) salute mentale e tossicodipendenze ; 6) sanità pubblica veterinaria.*

	visant à l'éducation sanitaire, à la prévention, à la qualité de l'assistance et à la réinsertion sociale <sup>68</sup>
Ligurie 1994	La Région promeut et favorise la gestion coordonnée ou intégrée des activités et des services sociaux en liaison avec les activités sanitaires relatives à la prévention, à la protection et au <i>recupero</i> dans les secteurs de la protection maternelle et infantile, de la <b>santé mentale</b> , des toxicodépendances, de la santé des handicapés et de personnes âgées <sup>69</sup>
Calabre 2000	Service des urgences – urgences médicales : Projet-objectif : <b>santé mentale</b> ; b) protection maternelle infantile C) protection de la santé des personnes âgées ; d) protection des handicapés ; e) prévention, hygiène et sûreté sur les lieux de travail <sup>70</sup>
Toscane 2005	Les politiques de la protection de la <b>santé mentale</b> sont l'ensemble des interventions et des services visant à : a) détecter précocement le <i>disagio</i> <sup>71</sup> psychique, dans une perspective de prévention et de promotion de la santé et bien-être de la population ; b) prévenir toute forme de marginalisation et d'exclusion sociale des personnes avec problèmes de santé mentale ; c) promouvoir l'intégration et l'insertion dans le contexte social des personnes avec troubles mentaux, en favorisant leur autonomie et émancipation même en résolvant leurs problèmes de logement et de travail <sup>72</sup>

<sup>68</sup> La Regione Puglia individua, come ambiti prioritari in cui promuovere e sostenere le attività del volontariato in quanto integrative e non sostitutive delle funzioni delle pubbliche istituzioni, i seguenti settori di intervento : a) l'area socio-sanitaria, con particolare riferimento alle problematiche dei portatori di handicap, della salute mentale, delle tossicodipendenze e dell'alcoolismo, della donazione di sangue, della donazione di organi, delle patologie croniche e invalidanti e delle malattie sociali, dei tumori, dell'AIDS ricomprendendo inoltre tutte le iniziative rivolte alla educazione sanitaria, alla prevenzione, alla qualità dell'assistenza e al reinserimento sociale.

<sup>69</sup> La Regione promuove e favorisce la gestione coordinata o integrata delle attività e dei servizi sociali collegati con le attività sanitarie relative alla prevenzione, alla tutela e al recupero nei settori materno infantile e dell'età evolutiva, della salute mentale, delle tossicodipendenze, della salute degli anziani e dei disabili.

<sup>70</sup> Servizio di Urgenza - Emergenza Medica Progetto obiettivo : a) salute mentale ; b) materno infantile ; c) tutela della salute degli anziani ; d) tutela dei soggetti portatori di handicaps ; e) prevenzione, igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro.

<sup>71</sup> Difficilement traduisible, « Disagio » ne renvoie ni exactement à « souffrance » ou « mal-être » (*sofferenza*, *malessere*) ni à « difficulté » (*difficoltà*). Pour le dictionnaire *Le Robert & Signorelli*, ce mot est plutôt proche des verbes « gêner » et « embarrasser ».

<sup>72</sup> Le politiche per la tutela della salute mentale consistono nell'insieme degli interventi e dei servizi volti a : a ) individuare precocemente il disagio psichico in un'ottica di prevenzione e promozione della salute e benessere della popolazione ; b ) prevenire qualsiasi forma di emarginazione e di esclusione sociale delle persone con problemi di salute mentale ; c ) promuovere l'integrazione e l'inserimento nel contesto sociale delle persone con disturbi mentali, favorendo la loro autonomia ed emancipazione anche attraverso la risoluzione dei problemi abitativi e di lavoro.

Vallée d'Aoste 2006	Les interventions sociales et sanitaires concernent les besoins de santé dans les domaines de la maternité et de l'enfance, du handicap, de la dépendance chronique, de la <b>santé mentale</b> , des dépendances, des pathologies associées aux SIDA et des pathologies des phases terminales de la vie <sup>73</sup> .
Campanie 2007	En particulier, on considère comme domaines d'interventions relatifs à : a) responsabilités familiales ; b) femmes en difficulté ; c) les droits des mineurs ; d) les personnes âgées ; e) la lutte contre les pauvretés ; f) personnes avec des handicaps en priorité, les personnes avec les handicap graves ; g) dépendances ; f) personnes détenues, internées, personnes privées de la liberté personnelle ; i) immigrés ; l) <b>santé mentale</b> ; m) soutien à la maternité <sup>74</sup>

Comment considérer les rapprochements effectués dans ces listes si éclectiques ? Tantôt pour rassembler des missions et des projets, tantôt pour délimiter des domaines de l'action publique, ces listes ne devraient pourtant pas être dressées au hasard et sans logique. Comme ce sont les auteurs qui font ces rapprochements, ce n'est pas au chercheur de relativiser, nuancer, gommer ces voisinages. Comment alors réduire toute la confusion qui émerge des rapprochements proposés dans ces listes ? Si la liste est un outil cognitif permettant de catégoriser, de ranger et de rapprocher, quelle serait sa pierre de touche, dans ce cas de figure ? Tout d'abord, ce qu'il est intéressant de remarquer dans ces listes éclectiques, c'est qu'elles rapprochent des entités qui sont « dans le monde » au sens ordinaire mais qui échappent à toute forme de matérialisation. Elles mélangent plusieurs choses : des gens (les détenus, les personnes âgées, des femmes en difficultés, les immigrés) ; des états (l'enfance, la maternité, les pauvretés, le handicap, le handicap grave) ; des conditions (la dépendance des drogues, l'alcoolisme) ; des catégories (l'ethnie Rom) ; des actions (prévenir, promouvoir) ; des institutions (la Province, les USL, les Communes, les prisons) ; des professions (infirmier, médecin généraliste) ; des idées (les besoins de santé, la continuité des soins). Un premier élément de réponse peut être alors ainsi formulé : ces listes visent à faire exister ce qui n'existerait pas sans elles, les politiques publiques comme totalité provisoirement définie par une multitude d'êtres hétérogènes qu'il faut approcher. On ne pourrait pas se passer de ces listes, si l'on doit commencer à faire ce que dans l'expression « politiques publiques » est déjà fait : assembler et regrouper tous les ingrédients de ces listes. Leur particularité est donc de

<sup>73</sup> *Gli interventi sociosanitari interessano i bisogni di salute nelle aree materno-infantile, della disabilità e della non-autosufficienza, della salute mentale, delle dipendenze, delle patologie da HIV e delle patologie proprie della fase terminale della vita.*

<sup>74</sup> *Sono considerate aree di intervento, in particolare, quelle relative a : a) responsabilità familiari ; b) donne in difficoltà ; c) diritti dei minori ; d) persone anziane ; e) contrasto alle povertà ; f) persone con disabilità con particolare priorità alle persone con disabilità gravi ; g) dipendenze ; h) detenuti, internati, persone prive della libertà personale ; i) immigrati ; l) salute mentale ; m) sostegno alla maternità.*

faire exister des voisinages dans les textes que difficilement on peut observer dans le monde. Si cette difficulté rappelle le décalage entre notions formelles et réalités observées, ce n'est pas pour autant qu'on élimine l'agrégation, la mise en série, l'accumulation, la délimitation, la mise en relation, de ces listes. Sans elles, comment peut-on envisager, même provisoirement, des institutions censées de s'occuper de manière coordonnée de problèmes si hétérogènes ? Ensuite, ces listes démontrent qu'une question s'est désormais labellisée sous l'expression « santé mentale », et que les auteurs ne lui réservent pas, du moins à ce niveau, un traitement spécialisé<sup>75</sup>. Cela ne veut pas pour autant dire que les entités qui précèdent ou suivent « santé mentale » soient liées forcément entre elles. Mais leur coprésence signale que ces entités font partie des mêmes institutions et d'un mode commun de programmer et de faire l'assistance. Enfin, le haut degré d'hétérogénéité qui traverse ces listes, permet de mieux comprendre une des conséquences de l'institution d'un SSN. Car si l'on lutte contre le *sectorialisme* de l'assistance on doit, par l'action des USL, agréger, rassembler, rapprocher ce qu'avant on se limitait à écarter, à diviser, à caser dans différentes institutions et à acheminer dans des circuits spécialisés. Ainsi, ces listes ne sont que des traces du travail politique régional qui vise à réaménager des nouveaux chemins tant pour les personnes qui se remettent à des spécialistes de la santé mentale que pour celles qui sont visées par la protection sociale et sanitaire. Comment essayer de coordonner ces chemins dans la même institution, malgré l'hétérogénéité qu'ils comportent ? C'est la demande à laquelle doit répondre une nouvelle logique de gouvernement des politiques sociales et sanitaires, dès les années 1990.

### 5.2.5 La logique de gestion des années 1990-2000 : l'*Aziendalizzazione*<sup>76</sup>

Le logiciel Prospéro permet d'établir des comparaisons afin de repérer les entités ou les Êtres-Fictifs qui augmentent le plus ou le moins fortement dans des sous-corpus. Si l'on divise DISAME en deux sous-parties (textes rédigés avant ou après les années 1990), la tête de liste de ce calcul est l'*Azienda Sanitaria Locale* (ASL). Ce résultat rappelle la transformation subie par l'acteur principal de l'assistance, l'Unité Sanitaire Locale qui devient ASL. Mais cela ne surprend pas vraiment si tout ce que l'on a dit jusqu'ici tient la route. Si la

---

<sup>75</sup> C'est sur ce point que peut être interprétée l'élimination de l'appellation de « psychiatrique » et d'« hygiène » des plaquettes des vieilles infrastructures italiennes et l'introduction de « santé mentale ». Plusieurs dénominations circulent au niveau local depuis les années 1970 : « services de santé mentale », « centres de santé mentale », la dénomination officielle du dispositif « *Dipartimento di SALUTE MENTE* » n'est arrivé qu'avec le premier projet objectif national.

<sup>76</sup> Comme le suffixe nominal français *-isation*, le suffixe italien *-zione* renvoie à une action et au résultat d'une action. Littéralement *aziendalizzazione* signifie transformer des services sur le modèle de l'entreprise.

santé mentale ne devient qu'une des sous-questions de santé publique, on peut s'attendre qu'un corpus portant sur la question psychiatrique devrait déceler la plus importante des réformes de la politique sanitaire italienne des années 1990. Ce qui est par ailleurs intéressant dans le tableau qui suit, ce sont toutes les entités qui s'associent à cette transformation qu'on appelle en italien *aziendalizzazione*. Après avoir rapidement résumé les caractéristiques de l'ASL, portons le regard sur deux de ces entités : l'observatoire et les *Livelli Essenziali di Assistenza* (Niveaux essentiels d'assistance).

Comparaison de sous-corpus : « avant 1990 » (158 textes) et « après 1990 » (125 textes) Entités qui augment le plus fortement dans le sous corpus « après 1990 » (Entité ou être-fictif du réseau, valeurs relatives, traduction en français)		
ASL@	104 595	<i>Azienda Sanitaria Locale@</i>
continuità assistenziale	6 374	continuité de l'assistance
valenza	6 186	Valeur
accreditamento	6 060	Accréditation
Numero	5 997	Numéro
LEA@	5 101	Niveaux essentiels d'assistance
violenza	4 677	Violence
educazione alla salute	4 614	Éducation à la santé
Osservatorio@	4 111	Observatoire
dolore	4 111	Douleur
bisogni di salute	4 111	Besoins de santé
struttura complessa	3 671	ensemble de structures
mediazione	3 608	médiation
disabilità	3 520	handicap
PSSR@	3 483	Plan Socio-Sanitaire Régional
compartecipazione	3 483	Coparticipation

Prenant la personnalité juridique publique, les ASL sont placées sous la tutelle des Régions, qu'il s'agisse de législation, de financement, de contrôle et d'inspection. Leur mode d'organisation prévoit une gestion privée où l'ASL remplit tant le rôle d'acheteur que celui de producteur de soins. Deux principes caractérisent ce mode d'organisation : celui de l'autonomie et celui de la responsabilisation. Le premier concerne l'organisation, l'administration, la gestion, le patrimoine et la comptabilité : dans ces domaines, les ASL agissent comme des entrepreneurs privés et leur autonomie est limitée par les lois régionales ; le second concerne en particulier la gestion rationnelle de l'organisation, qui s'oriente vers la satisfaction des « besoins de santé » de la population, l'efficacité et l'efficience des prestations. Le processus d'*aziendalizzazione* ne concerne pas seulement les ASL, mais également tous les autres acteurs qui fournissent des prestations sanitaires. Par l'« *accréditation* », par exemple, les ASL peuvent étendre la liste de ses fournisseurs. Ce processus consiste à évaluer des sujets privés qui désirent fournir pour le compte de l'ASL

des prestations. Ils doivent bien entendu remplir toute une série de conditions de qualité et d'efficacité établie par l'ASL.

Au cours de cette période, on voit augmenter la présence d'une logique d'enquête<sup>77</sup> qui s'appuie sur des systèmes d'information, sur l'épidémiologie et les statistiques sociales. Cette logique est institutionnalisée et demandée à une multitude d'Observatoires sur les politiques sociales et sanitaires qui se développent de manière importante sur les territoires. Mais chaque région a ses observatoires, car ce processus n'est pas organisé dans le cadre d'un projet national, ce qui ne permet pas de centraliser toutes les informations produites par ces institutions. La psychiatrie, sur ce point, ne fait pas exception : l'institution d'un Système d'information national pour la santé mentale n'est établie que le 15 novembre 2010 par le Ministre de la Santé. Bien que chaque région ait, depuis les années 1980, développé localement son système de collecte de données, aucun dispositif n'avait été conçu par l'État central.

Adopté en 2001, le pouvoir des régions est renforcé progressivement à la suite de la modification de l'article 117 de la Constitution Italienne qui affirme le principe de la compétence législative des régions dans toutes les matières qui ne sont pas expressément réservées à l'État. Celui-ci est le seul responsable de la politique étrangère, de l'immigration, de la défense, de l'économie et des finances, de l'organisation de l'État et de la loi électorale, de l'ordre public, de la citoyenneté, de la justice, des normes générales de l'éducation, de la sécurité sociale et de la protection de l'environnement. En ce qui concerne la santé et les politiques sociales, l'État reste le seul compétent pour la fixation de ce qu'on retrouve dans ce tableau sous l'expression « *Livelli Essenziali di Assistenza* » (*niveaux essentiels d'assistance*) (LEA@). Pourquoi fixer ces niveaux ? Un des risques connecté à la régionalisation des politiques sanitaires et à l'*aziendalizzazione* des USL est celui de normaliser des inégalités de traitement entre citoyens de différentes régions et, par conséquence, d'ASL différentes. Si en France, on lutte contre les *déserts médicaux*, c'est-à-dire les disparités régionales en termes de présence des professionnels de la santé, en Italie on assiste dans les dernières décennies au phénomène de l'*emigrazione sanitaria* (émigration sanitaire). Il s'agit d'aller se soigner dans une région autre que celle de sa résidence car considérée comme mieux équipée. La législation nationale cherche donc à limiter ce risque d'inégalités par la fixation de ces

---

<sup>77</sup> L'Être-fictif OSSERVATORIO@ (observatoire) rassemble les entités suivantes : « *Osservatorio* », « *osservatorio* », « *Osservatori* » « *osservatori* » en se limitant aux cas qui concernent les politiques sociales et sanitaires.



niveaux qui doivent être garantis par tous les ASL. La question des LEA commence à se diffuser en psychiatrie, et les dernières instructions du Ministère, évoquent l'application de ce dispositif<sup>78</sup>. Ces niveaux de prestations doivent « garantir l'accès, la continuité des soins et la personnalisation du projet thérapeutique » (*Ministero della Salute*, 2008 : 13) Il faut, selon le Ministre, dépasser la logique des prestations pour arriver à une logique de « parcours », même si ce parcours traverse plusieurs institutions. Il existe deux types de parcours : individuels et communautaires. La différence est la présence, dans le premier cas, d'un demandeur ou d'un bénéficiaire, alors que pour les parcours communautaires, il s'agit, pour les professionnels, de s'activer sans demande ou bénéficiaire précis, pour mener des actions de « prévention/promotion ». Les parcours individuels permettent de distinguer, en fonction de l'état de la personne, des interventions plus ou moins intenses en termes de prestations à garantir. Le niveau de base, par exemple, consiste à assurer le diagnostic, des consultations et des prestations spécialisées, et le renvoi de la personne à son médecin de base pour un suivi régulier. Plus on monte les niveaux, plus le parcours exige des prestations à haute spécialisation, et la mobilisation de services différents voire l'engagement d'un suivi de 24/24 heures.

## Conclusion

Les changements qui caractérisent le travail politique des années 1990-2010 visent à redéfinir la relation de la délégation de soins. Par le renouvellement de lieux, le prolongement de l'offre et la légitimation de nouveaux types de demandeurs, les relations entre demandeur, bénéficiaire et spécialiste ne peuvent plus se coordonner comme dans la période précédente. Résumons rapidement comment ces points sont abordés au cours de cette période dans les deux cas étudiés.

N'ayant pas décidé la suppression du principal représentant de la psychiatrie, c'est-à-dire l'hôpital, le travail politique français peut mener progressivement et sans ruptures le passage vers l'extrahospitalier. Au sens figuré, on peut dire que ce passage mène à l'opposé de la psychiatrie : à la santé mentale. En particulier, la réduction du nombre de lits en hôpital s'accompagne du prolongement de l'offre. Ces deux actions ont des conséquences sur les déplacements tant des bénéficiaires que des spécialistes : *a priori* les premiers n'ont pas à quitter forcément leur lieu de vie ordinaire pour s'en remettre à un spécialiste. Selon les textes

---

<sup>78</sup> On peut signaler que dans le *Comitato per la promozione della petizione popolare nazionale sui LEA*, formé en 2012, figurent des associations engagées dans la santé mentale. Ce comité organise une pétition afin de solliciter le Parlement italien à financer les Régions et les ASL pour la mise en œuvre des LEA.

réglementaires et législatifs, ils peuvent rester chez eux, aller dans une famille d'accueil, être en prison ou dans la rue, tout en étant suivis. Parallèlement, afin d'assurer la contrainte de proximité établie par la notion de secteur, les spécialistes de la psychiatrie doivent commencer à s'installer et à se déplacer ailleurs afin d'atteindre des nouveaux demandeurs et bénéficiaires. Cette direction implique également de légitimer d'autres spécialistes (comme les médecins généralistes) ou des « proches » afin de considérer ces figures comme des partenaires de la nouvelle politique de santé mentale française.

De son côté, ayant décidé la suppression de l'hôpital psychiatrique, l'Italie semble ne pas se poser la question de quitter la psychiatrie pour passer à la santé mentale. Si sur le plan idéologique cette décision suffit à marquer ce passage, sur le plan pragmatique d'autres épreuves doivent être menées. Il s'agit de respecter l'engagement marqué par l'institution d'un SSN : assurer à tous des politiques sociales et sanitaires. Cela se traduit dans le passage qui va de la lutte contre les hôpitaux psychiatriques à la protection de la santé mentale. Ainsi, cette période est marquée par une lente mais importante action de fermeture définitive des anciens hôpitaux psychiatriques, par une mise en place régionalisée de services alternatifs à l'hospitalisation et par la mise en réseau des services psychiatriques et des politiques sociales.

## Troisième partie

### **La délégation de soins à l'épreuve de ses protagonistes. Lorsque des personnes arrivent aux *Secteurs Psychiatriques* et aux *Dipartimenti di Salute Mentale***

Si les contraintes définies par les acteurs politiques donnent les règles du jeu aux acteurs, elles ne suffisent pas à faire le tour sur l'expérience de s'en remettre à un spécialiste de la santé mentale. Car sans un public qui ressent un problème et le délègue à un spécialiste d'un service psychiatrique, le travail politique analysé dans la deuxième partie de ce travail n'a pas de conséquences pragmatiques. Pour que le travail politique puisse donner lieu à une délégation de soins, ce qui a été institutionnalisé par les textes réglementaires et législatifs (notions, équipements, structures, professionnels, dispositifs) doit interagir avec un public. C'est là une contrainte pragmatique qui pèse sur toute personne qui veut s'adresser à des services publics. Ainsi, dans la troisième partie de ce travail, on doit porter le regard sur des protagonistes de cette délégation, et prendre en compte leur interaction avec les processus analysés jusqu'ici. Pour pouvoir saisir empiriquement l'expérience de cette interaction, il fallait produire des données permettant de déplacer le regard à un niveau différent de celui porté sur les textes analysés au cours des trois chapitres précédents. Ce niveau correspond au point de vue de personnes qui ont participé à la délégation de soins en tant que demandeurs et/ou bénéficiaires des *Secteurs Psychiatriques* en France, et des *Dipartimenti di Salute Mentale* en Italie<sup>1</sup>. Avant de présenter les enquêtes et les analyses qui ont permis de s'approcher de ce niveau, il est nécessaire de préciser le statut des données langagières qu'on a produit, puisqu'elles peuvent être saisies dans des approches et finalités différentes.

Si le consensus entre les sociologues sur la place à réserver au langage dans la recherche demeure difficile à établir, il est aujourd'hui une évidence que les données langagières sont de plus en plus utilisées dans la recherche empirique. Face à cette évidence,

---

<sup>1</sup> Rappelons que la condition *sine qua non* pour le recrutement des personnes aux deux enquêtes c'était d'avoir contacté des services publics de santé mentale en tant que bénéficiaires et/ou demandeurs. C'est pourquoi on est passé, tant en Italie qu'en France, par des services qui participent au réseau de santé mentale et des associations de familles ou d'usagers.

l'exigence de réflexivité sur cette place est double si l'on veut articuler à la fois les conditions de production des données, les objets sur lesquels ces données permettent de mettre le doigt, et la place du chercheur dans l'enquête. Narrations, discours, conversations, réponses à des questions ouvertes : toutes ces productions langagières renvoient à des approches et à des situations d'enquête plus ou moins différentes. Une même question cependant les traverse : comment faire dialoguer l'« acteur » et le « système » sans écraser les jeux d'échelles qui traversent leur relation ?<sup>2</sup>

En ce qui concerne la santé et la maladie, un tournant linguistique a investi les études portant sur ces entités. L'*illness narrative* est, sans doute, parmi les courants qui ont tracé le plus riche programme de recherche de ce courant<sup>3</sup>. En s'appuyant sur le langage des acteurs, il s'agit de comprendre l'expérience de maladie à partir des récits de ceux qui l'ont traversée. On se concentre ainsi sur des acteurs qui au moment de l'enquête ont le statut de malades et, par l'analyse qualitative des textes issus de la retranscription des entretiens<sup>4</sup>, on établit une classification des récits selon leur structure narrative, les concepts utilisés, les vécus ressentis par les patients. L'objet de l'enquête est donc l'expérience de maladie en tant que discours sur les symptômes, sur les relations avec le personnel soignant, l'articulation entre les étapes du soin, etc. Ainsi approchée, la maladie devient un genre narratif<sup>5</sup>.

Cette troisième partie ne suit pas cette approche pour des raisons qui se sont clarifiées dès que la problématique de la délégation de soins commençait à se profiler comme action collective. Approcher, en effet, exclusivement l'expérience de maladie, aurait impliqué réduire la délégation de soins à l'expérience subjective d'un malade. Cette option n'était pas compatible avec celle qui envisage la délégation comme une action coordonnée entre acteurs

---

<sup>2</sup> Voir, à propos de l'histoire sociale et la micro-histoire, l'ouvrage de Revel (1996).

<sup>3</sup> La genèse des *Illness Narratives* (Narrations de maladie) remonte aux études d'anthropologie médicale des années 1980, menées par Good Byron et Kleinman Arthur à Harvard. De manière générale, on peut dire que les objectifs de ces études sont décrire et analyser l'expérience subjective de la maladie. Dans un ouvrage consacré aux méthodes quantitatives et qualitatives de la recherche sociale en santé publique, le sociologue italien Daniele Nigris (2008) permet de mieux définir les statuts épistémologique et méthodologique de cette approche de recherche. En ce qui concerne le premier, au sujet malade est crédité un statut de *témoin* ce qui implique, selon lui, la problématique de l'écart entre la source d'information et les faits. À ce propos, il établit une différence entre expériences directe, représentée et issue par une médiation. Quant aux aspects méthodologiques, les caractéristiques de cette approche sont, selon Nigris, les suivantes : définition des significations que l'acteur attribue à ses actions, démarche inductive, ancrage spatial et temporel de l'enquête, travail sur un nombre peu important de cas, renonciation à la généralisation, travail sur les textes et non sur les matrices de données (p. 131-132).

<sup>4</sup> Voir, en annexe la grille d'entretien et les caractéristiques des personnes interviewées.

<sup>5</sup> « *La malattia come genere narrativo* » est d'ailleurs le titre de la première partie de l'ouvrage de la sociologue italienne Vincenza Pellegrino (2012). L'ouvrage présente une enquête menée par entretiens avec des patients des services de santé mentale de Trieste en suivant l'approche de *illness narrative*.

politiques et publics des services. De plus, une perspective pragmatique ne peut pas s'accorder avec un courant qui, dans ses travaux empiriques, donne comme acquis ce que, éventuellement, devrait ressortir seulement à la fin d'une enquête. Comme, par exemple, la différence entre *desease* (la composante organique d'une maladie telle qu'elle est définie par le savoir médical), *illness* (l'expérience incarnée de la maladie) et *sickness* (les conditions sociales dans lesquelles a lieu la socialisation de la maladie) qui, au lieu d'être un résultat, est un acquis dans la *narrative based-médecine*. Or, si du côté de la formalisation théorique la délimitation de ces différences est une opération intuitive, il n'en est rien du côté de la recherche empirique. Car le défi d'une enquête empirique est celui de montrer, d'abord, si ces différences existent pour les acteurs et, ensuite, décrire comment ils se partagent ou se disputent ces trois composantes dans leurs expériences. Ces deux précautions méthodologiques : ne pas préétablir de différences à partir des statuts sociaux et ne pas réduire la délégation de soins à une expérience de maladie, ont suggéré d'élargir le regard également aux proches de personnes ayant eu des parcours de soins. Même si ce rôle n'a pu être pris en compte que lors de l'enquête italienne, car en France on n'a pas réussi à mener des entretiens avec des proches en nombre suffisant, l'intérêt pour la seule expérience de maladie signifiait axer sur une expérience déjà qualifiée et prédéfinie dans sa négativité. Le statut des données qui composent cette partie s'inscrit donc plutôt dans une démarche visant à la production de récits de vie. Ces récits permettent de mettre en évidence un cas de figure insuffisamment pris en compte par les études sur les institutions et les modes de recours aux experts : les jeux d'échelles entre macro et micro histoire ou, plus simplement, l'interaction entre dispositifs publics et les personnes qui les traversent. C'est pourquoi les parcours dont on rendra compte ne sont pas des parcours *subjectifs* au sens propre du terme, ce ne sont pas les expériences subjectives de maladie qu'on a essayé d'analyser. Ces récits doivent être entendus plutôt comme des comptes rendus de délégations de soins que les acteurs sont invités à produire par la situation d'enquête. Sachant que les dispositifs méthodologiques utilisés pour les saisir sont complètement différents - dans le cas italien, il s'agit de réponses à des questions ouvertes, dans le cas français, d'entretiens semi-directifs -, les analyses de ces deux chapitres ne peuvent pas être rapprochées comme on l'a fait avec les textes réglementaires et législatifs. On peut, néanmoins, définir des généralités transversales.

Dans le cadre de ce travail, ces données langagières ne renvoient pas d'abord à des faits mais à des arguments<sup>6</sup>. Même si à des niveaux différents, ce qui est mobilisé tant dans la situation de l'entretien que dans celle de répondre à des questions ouvertes c'est le fait de donner des arguments afin de clore l'interrogation posée par le chercheur. Différemment d'un questionnaire en ligne, l'entretien semi-directif prévoit la coprésence du chercheur et de l'interviewé. Cette coprésence permet à tous les deux de relancer, orienter, exiger des explications ou des approfondissements à propos de leur échange. Un questionnaire en ligne, à remplir en étant chez soi, prévoit la contrainte de la rédaction écrite. Mais dans l'échange avec l'ordinateur, on a toujours la possibilité de glisser sur certains aspects de l'expérience que dans une situation d'entretien on aurait approfondi. Dans tous les cas, sur ces données ne pèse pas seulement le type de méthodes utilisées pour les produire mais également le degré de compétence que l'enquête crédite aux acteurs enquêtés. À ce propos, le soupçon qu'un patient psychiatrique ne puisse pas rendre compte de son expérience est, en grande partie, abandonné, du moins dans la recherche qualitative. En sociologie, la perspective pragmatique permet d'avancer ultérieurement dans cette direction. L'acteur tel qu'il est conçu par cette perspective est crédité de jugement et de compétence, ce qui permet d'approcher l'expérience en psychiatrie comme n'importe quelle autre expérience. Mais cette sorte de normalisation de la parole d'usagers ou de proches de la psychiatrie ne signifie pas, évidemment, que cette parole offrirait un accès direct à la réalité « telle qu'elle est ». Car comme tout le monde, même les acteurs qu'on a interviewés sont capables d'oubli, d'indécision, d'incohérence. Il faut ainsi s'approcher de ces données langagières en tenant compte des degrés d'attention qui varient selon les configurations dans lesquelles patients et proches participent à la délégation de soins. Ces degrés sont d'ailleurs mis en mots par les acteurs mêmes lorsqu'ils affirment « je ne sais pas », « là c'était tout embrouillé », « c'est eux qui ont fait à ma place, ça, je ne peux pas vous dire ».

Passer par les arguments et par les degrés de présence des acteurs, on peut le répéter, permet de ne pas postuler une quelconque « vérité du monde ». Il s'agit, pour le chercheur, d'un simple préalable méthodologique qui consiste à ne pas prendre la place, dans ses

---

<sup>6</sup> Parmi les matériaux collectés, on a sélectionné des passages d'entretiens qu'on citera au fur et à mesure du développement de notre propos. Cette sélection n'est, bien entendu, que le point d'arrivée d'un travail de lecture de tous les matériaux, assistée et guidée par Prospéro. Comme pour les corpus DISAME et SAME, un travail de catégorisation s'est effectué à partir de substantifs (comme les lieux de soins), d'adjectifs, de marqueurs temporels, d'embrayeurs de personnes et d'autres catégories. Toutes les catégories et les formes graphiques dont elles se composent, se trouvent en annexe.

analyses, des acteurs. Qu'ils soient vrais ou erronés, ces arguments permettent de rendre compte *a posteriori* d'événements qui seulement en partie sont partageables pendant leur déroulement. L'analyse de ces entretiens et de ces réponses à des questions ouvertes permet alors de réfléchir comment l'histoire peut être mise en mots et composée en récits de vie. C'est pourquoi il faut traiter les formes de mémoires dont se dotent les acteurs, et être attentifs aux contraintes pragmatiques d'engagement que les institutions leur réservent sur leur chemin.





## Chapitre VI. La délégation de soins entre réversibilité et irréversibilité<sup>1</sup>

### Introduction

Au plan pragmatique, le recours à un spécialiste de la psychiatrie ne vise pas à la compréhension d'une catégorie nosographique mais à l'élimination du soupçon d'un danger dans la perception de celui qui a recours. S'appuyer sur la perception d'un passé proche est donc nécessaire dans cet acte car, pour focaliser la perception des experts, il faut avoir ressenti un problème pour le mettre en mots. Toutefois, cela ne suffit pas : il faut, même si elle est incomplète et improvisée, une prévision du futur car si l'on a recours à un spécialiste, c'est parce qu'on envisage des phénomènes à venir et, donc, potentiellement réversibles. Cette réversibilité du danger est une contrainte pragmatique posée à tout demandeur de soins car c'est en raison de cette qualité qu'on fait appel au régime de neutralisation sur lequel repose l'intervention des experts. Ainsi, avant de mobiliser un spécialiste, il faut pouvoir relier passé et futur dans tout processus de délégation de soins. Mais pour un bénéficiaire adressé une première fois à la psychiatrie et qui ne demande rien, les choses ne se passent pas tout à fait de la même manière : il ne connaît pas encore la réversibilité de ce qu'il est en train d'éprouver. Pour bénéficier de prestations, il n'a pas besoin de mobiliser personnellement ni une mémoire ni une prévision du futur. À ce stade, la non demande c'est le silence, car on est en présence d'événements qui ne sont pas conçus ni dangereux ni potentiellement réversibles. Mais un recours imposé crée tout de même un précédent qui s'installe, plus ou moins, dans la mémoire du bénéficiaire. Dans ce précédent, deux éléments sont aisément identifiables : une mobilisation inédite et focalisée de spécialistes, d'institutions et éventuellement de proches sur la subjectivité du bénéficiaire, et un ratio entre des causes et des conséquences de ce recours. Ainsi, ce précédent coïncide au début d'une ou de plusieurs expériences marquantes

---

<sup>1</sup> À partir de certaines formules utilisées par les acteurs comme « il est déjà trop tard » versus « avant qu'il ne soit trop tard », la sociologie pragmatique a pu délimiter la notion d'« irréversibilité » dans des dossiers portant sur l'alerte et les risques : amiante, nucléaire, nano-technologies, etc. Francis Chateauraynaud (2013 : 289) rappelle que la problématisation des temporalités de l'action et du jugement a débuté dès la fin des années 1990 lorsque, à partir de cette notion, on a commencé à étudier comment les acteurs modélisent les relations entre passé, présent et futur dans l'argumentation. Cette modélisation est, en effet, mise en discours par des formules que les acteurs utilisent pour qualifier des menaces ou des opportunités, des dangers ou des risques anciens ou nouveaux. Même si à un niveau micro, les matériaux issus des entretiens analysés dans cette troisième partie ont suggéré d'élargir cette notion à la question de la délégation de soins et de la régulation de celle-ci.

qui s'enchaînent : hospitalisations, prise de médicaments, arrêts de travail, pour en citer quelques-unes. En délimitant par définition un avant et un après, ce début enrichit une mémoire qui peut rendre compte d'un processus de délégation de soins.

C'est cette mémoire qu'on a essayé de mobiliser par entretien et qui a permis de formaliser la délégation de soins dans un modèle caractérisé par un continuum entre réversibilité et irréversibilité. Poussée à l'extrême, l'exigence de réversibilité appliquée à la délégation de soins suppose un bénéficiaire qui règle à sa guise l'action de s'en remettre à un spécialiste. À sa guise veut dire notamment pouvoir choisir quand et comment arrêter de déléguer ou modifier sa délégation (en terme de professionnels choisis, durée, échéance des contacts, types de lieux de soins, etc.). À l'autre extrême, l'irréversibilité prévoit d'éliminer tout exercice de jugement du bénéficiaire sur la régulation du processus de délégation de soins. Cela veut dire annuler ses prises sur quand, où et comment faire appel à un spécialiste. Les acteurs qu'on a interviewés proposent de réfléchir aux degrés entre ces deux extrêmes et à comment, au cours d'un parcours de soins, ils arrivent à déplacer le curseur vers différents niveaux de réversibilité de la délégation de soins tout en étant contraints par les institutions. Selon qu'ils entendent la réversibilité ou l'irréversibilité d'un état de choses, la surprise ou le retour de ce qui était attendu, l'attente d'un événement qui va se répéter ou la veille inquiète d'un état qu'ils vont pouvoir éviter, les acteurs interviewés ont fait (et font encore) le chemin de traverser à la fois les deux figures qu'au premier chapitre on a dû, pour des exigences de formalisation, décrire trop séparément : celle du bénéficiaire et celle du demandeur. Si leurs expériences incarnent à la fois ces deux figures, elles proposent également de quitter le modèle confortable d'une délégation de soins réglée, une fois pour toutes, par les statuts sociaux et les structures sociales (professionnels, patients et proches ; hôpital et ambulatoire).

## **6.1 Privé et public**

### **6.1.1 Des événements marquants, des points de départ**

Les conditions pour s'en remettre à un spécialiste d'un service public de santé mentale commencent à se mettre en place très en amont d'un séjour en hôpital, que ce dernier soit imposé ou pas, ou d'un suivi régulier. Ce sont les personnes interviewées qui délimitent une constellation d'éléments qui peuvent prendre même plusieurs années à s'agencer les uns avec les autres. Lorsqu'on demande de retracer le processus qui a préparé le recours à un spécialiste dans une institution psychiatrique publique, les personnes opèrent un

rapprochement de bon sens entre certains événements du passé et caractéristiques individuelles (du locuteur ou de personnes de son entourage). Si ces deux éléments traversent tous les récits, ils doivent être néanmoins différenciés car ils n'ont pas les mêmes conséquences sur la délégation de soins.

Le premier scénario émerge lorsque la personne interviewée évoque un événement précis qui trouble l'ordinaire. Par cet événement, la personne peut opérer une coupe dans la temporalité de son parcours, qui a le statut d'un début. Marquer ce début est fondamental car ce qui vient après s'inscrit dans une temporalité où un régime d'observation rapprochée commence à s'installer. Il s'agit d'une observation non spécialisée car elle peut être portée par des proches ou par la personne elle-même. Dans les deux cas, elle permet de focaliser l'attention à la répétition de certains vécus ou comportements qui peuvent s'enchaîner constituant ainsi une série dans la trajectoire de la personne. Plusieurs traits peuvent caractériser ces événements. Il peut s'agir, en premier lieu, d'un événement précis et délimité, marquant la fin définitive d'une relation : la mort d'un proche, le suicide d'un ami, le divorce. En deuxième lieu, des formes de violence exercées sur des objets de l'environnement proche ou sur soi-même, ou subies dans le contexte familial, peuvent démarrer une période marquante. La publicisation de ces formes de violence reste, à ce stade, limitée car les conséquences de ces actes ne visent pas directement la mort de la personne. Celle-ci peut se blesser volontairement, commencer à se droguer, être battue, avoir des crises de nerfs et casser des objets à son domicile. Différemment du type précédent, ces événements se répètent dans la durée, ce qui contribue à mieux percevoir le ressenti d'un problème et à l'inscrire dans une mémoire familiale ou personnelle. Cette caractéristique est également présente dans le dernier type d'événements. En troisième lieu, en effet, les personnes interviewées évoquent une série de comportements qui, par leur caractère à première vue inexplicable, ont été rapprochés à un répertoire spécialisé par leur entourage (souvent les parents). Il s'agit, par exemple, d'un comportement socialement ou moralement inattendu qui s'installe dans la quotidienneté et se reproduit dans certains lieux : se jeter et se rouler par terre à l'école, avoir la terreur de toucher un objet de famille comme une paire de lunettes d'un proche, « avoir beaucoup de relations sexuelles », « isolement total ». Il se peut que ces événements soient accompagnés par un manque de contrôle sur soi-même : « Je n'arrivais pas à me discipliner pour me lever le matin », « des troubles obsessionnels compulsifs sont apparus », « je n'avais pas trop de prise sur ma vie à moi, je n'arrivais pas à me forcer à faire les choses ».

Le second scénario concerne plutôt des caractéristiques personnelles que les locuteurs utilisent pour décrire leur enfance ou leur entourage. Ce qui est intéressant dans ces caractéristiques, c'est qu'elles sont mobilisées comme des arguments afin de justifier qu'il y avait bien un problème dès l'enfance. Ces caractéristiques peuvent être présentées comme des traits de personnalité, c'est-à-dire une entité qui est « dans la tête des personnes » et que le locuteur s'attribue : « timidité », « j'ai sucé mon puce jusqu'à l'âge de 13 ans », « j'étais très influençable », « j'étais en quête d'affection », « moi je, je travaillais pas, je regardais la télé », « J'ai eu besoin d'un cadre ». Ces caractéristiques peuvent être présentées également comme des caractéristiques manquantes ou excédents dans l'environnement : « mes parents ne m'ont pas assez cadrée », « elle (mère) m'a trouvée trop réservée, trop sage », « j'ai eu une mère dépressive pendant 5, 6 ans pendant mon adolescence, un père très dur ». À première vue, l'effet de ces arguments est d'inscrire le problème dans un processus de naturalisation et d'individualisation. Dans ce processus, ce qui pèserait sur un premier acte de délégation de soins serait, d'un côté, la découverte d'une entité morbide qui est là depuis toujours, de l'autre, la conscience qu'on n'a pas de prises sur cette présence et que, par conséquent, on doit la déléguer à un spécialiste.

**Repères discursifs 8. Exemples d'énoncés concernant des événements marquants et des caractéristiques personnelles<sup>2</sup>**

(LOC A) : Je m'appelle \*\*\*, j'ai 48 ans, je, j'ai deux enfants de 9 et 15 ans et demi, (noms des enfants), qui sont gardés par ma mère à cause de mes problèmes de santé psychiatriques. Je, ma première hospitalisation remonte à 1986, j'avais alors 23 ans. C'était une hospitalisation à la demande d'un tiers, par ma famille, mais j'avais eu de grands problèmes pendant mon adolescence. Mon premier petit copain s'est suicidé, et je me suis très mal remise de cet épisode et puis après j'ai fait un peu n'importe quoi

(LOC ENQ) : est-ce que vous vous souvenez des tous premiers contacts avec un professionnel de la psychiatrie pour vos problèmes, quand est survenu ce contact et comment ?

(LOC F) : moi j'ai un passé très difficile. J'ai perdu mon père qui s'est suicidé... ça reste anonyme n'est-ce pas ?

(LOC ENQ) : oui oui

(LOC F) : donc j'ai eu un passé très très chargé, j'ai eu un père et à quand mon père s'est suicidé, ma grand-mère paternelle n'ayant plus que moi a joué un rôle de manipulatrice, a accusé ma mère toute jeune d'avoir tué mon père, d'être à l'origine de sa mort, donc j'étais déstabilisée dès la naissance

<sup>2</sup> Dans les retranscriptions de ce chapitre qui suivent, « (LOC ENQ) » signifie « locuteur enquêteur », alors que « (LOC + une lettre de l'alphabet) » renvoie à un sujet interviewé. Les signes « (/) » et « ... » indiquent respectivement une interruption de la part d'un locuteur du discours de l'autre et une pause de plus de trois secondes.

(LOC D) : avant 15 ans oui, ma personnalité a complètement changé, ma vue a changé, je suis devenue myope, il y a eu un bouleversement, ça été un séisme dans ma tête dans mon corps, énorme, il y a des troubles obsessionnels compulsifs qui sont apparus euh, les lavages de mains, rangements, désinfections, peur des microbes, ce genre de choses

Dans ces exemples, tant les événements marquants que les caractéristiques personnelles contribuent à la genèse d'un ressenti partagé au sein de la sphère des relations familiales. Comme dans le rapport entre la figure et le fonds, ces éléments préparent un fonds de préoccupation duquel seulement quelque problème est, à ce stade, complètement détachable. Pour commencer à détacher une figure du fond, les acteurs doivent ressentir que cette préoccupation s'inscrit dans la durée et que la source de préoccupation puisse être attribuée sans ambiguïté à une seule personne. Le cas typique de cette configuration est celui d'une autorité parentale qui est à l'origine de premières formes de délégation à des spécialistes repérés dans le réseau proche de la famille et exerçant en libéral.

### **6.1.2 Éloigner ou rapprocher**

Au cours des événements marquants, le problème est ressenti dans le cadre familial et, dans certains cas, scolaire. Des premières formes de délégations se mettent en place. Elles peuvent être de deux types : des déplacements qui ont comme conséquence l'éloignement de la « personne à trouble » du lieu où le trouble se manifeste, des premiers appels à des institutions ou spécialistes dans le privé et considérés proches au lieu où le problème est ressenti.

Le premier type de délégation vise à arrêter la répétition de certains des événements qu'on vient de citer en déplaçant la personne dans un autre contexte pour une période plus ou moins limitée. Elle prévoit, au préalable, d'avoir identifié un facteur qui menace la personne et que ce facteur soit supposé cause du problème. Dans les cas interviewés, cette option s'est produite sous l'autorité parentale, mais potentiellement des services de la protection de l'enfance peuvent également exercer ce pouvoir : on peut envoyer la personne dans une pension privée, dans un institut, dans des familles d'accueil, chez un proche de la famille. Une autre forme d'éloignement est celle qui n'est pas imposée par l'entourage ou par des institutions mais, au contraire, recherchée par la personne même contre l'avis de la famille. Il s'agit de reconstituer ailleurs une forme d'union qu'on ne retrouve plus au quotidien. Qu'il soit le fruit d'un coup de tête ou d'un éloignement raisonné, ce remède se concrétise en trouvant un « refuge », chez « un ami » ou « un amant ». Mais quoi faire lorsque la cause du

problème ne peut pas être attribuée à un facteur dans l'environnement ? Si par exemple, la manifestation du trouble émerge dans un lieu socialement supposé neutre - au sens où il n'y a pas une forme de menace tangible et partagée : à l'école, chez soi, chez des amis – il ne reste qu'à l'attribuer à la personne elle-même. C'est dans ce cas de figure que se présente la seconde forme de délégation : lorsque la source causale est supposée interne, s'éloigner de quoi que ce soit n'est plus envisageable et on vise, ainsi, à clore la question en essayant de rapprocher la personne à une source de protection. Cela consiste concrètement à rapprocher la personne d'un spécialiste : ce sont les premières manières de déléguer quelqu'un à avoir une prise sur le problème. Consultations, tests, suivis psychiatriques et psychologiques : ces circonstances caractérisent des formes limitées de délégation, qui permettent à un demandeur d'avoir des prises sur une « personne à problèmes » en cherchant des chemins et des solutions. La plupart du temps, ce sont des professionnels qui travaillent individuellement en libéral ou de services qui rassemblent équipes de professionnels toujours dans le privé. Dans les entretiens effectués, les professionnels en libéral sont les plus mobilisés parmi les tous premiers contacts. Dans ces cas, il s'agit d'installer le facteur de protection dans la durée, de manière ponctuelle et rythmée, comme dans les psychothérapies, et prolonger ses effets par la prise des premiers médicaments. L'extension de cette période dépend des conséquences de la délégation : si le comportement persiste dans la durée, on continue ; s'il disparaît, on n'en parle plus. Dans tous les cas, le fait de rapprocher des spécialistes suit deux logiques, à première vue, différentes : d'un côté, cette recherche ne s'inscrit nullement dans une démarche de choix rationnel qui veut déléguer un problème à la spécialité qu'il lui faut ; de l'autre, on cherche à mobiliser tel professionnel parce que justement il s'affiche comme un expert dans la problématique telle qu'a été perçue par le demandeur. Ce qui rapproche ces deux logiques c'est que tant l'une que l'autre respectent une contrainte de proximité : on s'adresse à des professionnels proches. Mais proches de qui ? Dans le premier cas, il s'agit d'une proximité relationnelle : ces premières délégations sont issues de liens que les demandeurs ont déjà établis à l'avance avec les spécialistes et pour d'autres raisons : ce sont des amis ou des proches de la famille, ou des personnes faisant partie du réseau personnel potentiellement déjà tracé, et qu'il faut juste réactiver à l'occasion. Dans le second cas, il s'agit d'une proximité entre le lieu d'émergence du trouble et la spécialité qui qualifie les professionnels. Si le lieu d'émergence du trouble est l'école, ce sont plutôt des psychologues scolaires qui seront les premiers à être mobilisés. Alors que, s'il s'agit d'un problème qui émerge simultanément à de violences conjugales reconnues par une institution, ce sont plutôt

des professionnels spécialisés dans les relations de couple ou dans la protection de l'enfance qui sont sollicités.

**Repères discursifs 9. Exemples d'énoncés concernant les premiers remèdes ou envois à des spécialistes proches**

<p>(LOC ENQ) : vous avez dit « à la suite d'une fugue » ?</p> <p>(LOC B) : oui</p> <p>(LOC ENQ) : est-ce que vous vous souvenez ce qui s'est passé avant, en effet, avant de ce premier contact avec des professionnels ?</p> <p>(LOC B) : avant la fugue ?</p> <p>(LOC ENQ) : oui, avant et pendant</p> <p>(LOC B) : parce que j'avais de mauvais résultats scolaires et mon père était très à cheval là-dessus et, et il était assez dur à ce niveau-là. Pour lui il y avait que l'école qui comptait, tout le reste ça ne comptait pas. Donc ça serait trop long de vous raconter tous les détails, mais disons c'était mon premier contact avec la psychologie, la psychothérapie</p>
<p>(LOC D) : oui on avait un généraliste qui est très proche de la famille et euh... il voyait bien qu'il avait quelque chose qu'il n'allait pas il a dit « je pense qu'elle fait une dépression, mais je ne suis pas sûr » donc euh voilà donc je me suis adressée au neurologue, parce que enfin euh mes parents ne connaissaient pas d'autres recours ».</p> <p>[...]</p> <p>À l'époque c'était pas très bien vu de s'adresser à un psychiatre en France, ça s'apparentait à la folie, et donc j'ai pris contact avec... il était docteur à l'époque, enfin il n'était pas encore professeur, à l'hôpital Bichat et euh... en fait, il soignait un ami de mon père qui souffrait d'anorexie, et c'est comme ça que je me suis adressée à lui, et j'ai eu de la chance parce que je suis tombée euh sur quelqu'un d'extrêmement compétent.</p>
<p>(LOC ENQ) : donc vous êtes allée chez le neurologue ?</p> <p>(LOC D) : chez le neurologue oui, peut-être un an et demi, « non je ne suis pas compétent » il a dit « non non, je ne suis pas compétent vous avez trop trop de troubles obsessionnels compulsifs obsessionnels donc il faut s'adresser à un psychiatre » mais il ne m'a pas dit quel psychiatre. Il a fallu qu'un ami de mon père, nous adresse à ce psychiatre, et euh, je suis allée le voir</p>
<p>(LOC ENQ) : ce psychiatre c'était en hôpital en privé ?</p> <p>(LOC D) : c'est que j'avais un oncle prof de psycho à la Fac à Lyon qui connaissait du monde en psychiatrie donc ma mère l'a contacté, et il m'avait donné cette adresse.</p>
<p>(LOC G) : je me suis retrouvé à l'hôpital, les flics m'ont ramassé dans la rue quoi, ils m'ont amené à l'hôpital</p> <p>(LOC ENQ) : est-ce que vous vous souvenez à quel âge, à l'époque ?</p> <p>(LOC G) : j'avais à l'époque 45 ans</p> <p>(LOC ENQ) : et là maintenant ?</p> <p>(LOC G) : là j'ai 52</p> <p>(LOC ENQ) : et avant tout ça ? vous avez toujours habitez à *** ?</p> <p>(LOC G) : non j'habitais à Paris dans le 18e, à Paris, où j'ai galéré pas mal quoi, bon j'ai connu, j'ai fait des rencontres des des copains qu'il fallait pas quoi et tout ça, je me suis retrouvé dans la toxicomanie, voilà quoi, je voulais faire ce que mes copains faisaient et c'était pas la bonne chose à faire, je suis resté bloqué dedans 10 ans, pendant 10 ans de ma vie j'ai consommé l'héroïne, la cocaïne, le hachich et tout ça quoi, avant d'arriver à Antony, tout ça c'est passé à Paris dans le 18 à Barbes quoi</p> <p>(LOC ENQ) : dans cette période, est-ce que vous avez croisé des personnels de la santé, des médecins pour ce problème-là ?</p>

(LOC G) : oui oui j'ai fait des cures, des des désintoxications, j'ai fait des cures, j'en ai fait trois pour pour m'arrêter quoi, ça devenait un enfer pour retrouver le calme il fallait... prendre les risques et aller en prison

(LOC ENQ) : en prison ?

(LOC G) : ça m'a coûté la prison oui, deux fois, une fois j'ai fait 6 mois, une autre fois j'ai fait un an, pour la consommation quoi

(LOC H) : donc j'ai, bon, étant jeune j'avais pas trop de problèmes mais à la mort de mon père j'ai eu je j'ai fait une dépression, j'étais soignée en psychiatrie et puis après on en n'a plus reparlé d'ici, euh, une, pendant une, attendez que je ne dise pas de bêtises... 27, 28, dix ans ! plus tard, j'ai fait une dépression, par une surcharge de travail, c'est que je menais deux postes au même temps

Les conséquences de ces premiers contacts dans l'expérience des personnes interviewées sont de deux types. Le premier type consiste à élargir la liste des spécialistes qui sont engagés dans la délégation. Le premier spécialiste sollicité peut mobiliser à son tour au moins un autre professionnel : un simple réseau est ainsi composé par deux spécialistes qui se partagent les questions psychologiques et les questions biologiques. Ce réseau peut multiplier les coûts financiers de la délégation qui, dans certains cas, ne sont pas couverts par la Sécurité Sociale. Le second type de conséquence concerne plutôt le bénéficiaire. D'un côté, malgré les efforts à interagir avec le ou les spécialistes, il peut prendre conscience qu'il n'est pas concerné et mettre fin à la délégation. De l'autre, le bénéficiaire peut s'engager, petit à petit, dans son parcours jusqu'à devenir un demandeur qui a choisi les professionnels, les modalités et la liste des institutions avec lesquelles il interagit en raison de son problème.

### 6.1.3 Un événement déclencheur

Si les conséquences des délégations limitées ne pèsent pas excessivement sur la vie des personnes interviewées, le passage à l'hôpital psychiatrique marque profondément leurs expériences. Mais pour que ce passage se produise, une condition ultérieure doit être satisfaite : il faut un comportement déclencheur pour justifier les conséquences de l'hospitalisation, d'autant plus si cette hospitalisation est effectuée sous contrainte. Même si la préparation de cet événement s'inscrit dans la durée, un pas doit être franchi dans un moment précis. Ce moment peut correspondre à la mise en danger de biens dont la valeur est socialement reconnue, comme la vie, l'amour en famille, les autorités publiques. À propos de ces points de basculement, les exemples mobilisés lors des entretiens sont : les tentatives de suicide, des violences familiales et sur les lieux de travail, délirer dans la rue, des provocations portées à l'encontre de la police. La mise en acte de la dangerosité dans des lieux plus ou moins publics permet de montrer que l'entité morbide déborde les frontières du



corps de la personne intéressée, et qu'elle n'est plus maîtrisable par une délégation limitée. Si le recours aux dispositifs disponibles dans l'espace public se fait sous contrainte, c'est-à-dire par les dispositifs d'hospitalisation d'office et à la demande d'un tiers, un événement déclencheur est d'autant plus nécessaire. Cette expérience est présente dans la belle expression, répétée lors d'un entretien, qui existe tant en italien qu'en français : « la goutte qui fait déborder le vase ». Ainsi, la présence d'un danger interne qui n'est plus maîtrisable par un ou des spécialistes en libéral, peut en effet remonter brusquement dans la vie ordinaire d'un proche. Que les conséquences de ce danger le touchent directement ou pas, ce proche peut exercer une protection de soi-même et de la « personne à problèmes », par la médiation d'une institution comme l'hôpital psychiatrique.

Pour que cette protection puisse se mettre en œuvre, un nouveau déplacement doit être tracé afin que cette dangerosité soit limitée tant géographiquement que techniquement. Pour cela, il faut un espace qui permette de satisfaire deux contraintes antagonistes que les professionnels privés ne peuvent accomplir dans ce cas de figure : d'une part, la garantie de sécurité des citoyens due par l'État aux citoyens, d'autre part, le maintien d'un niveau élevé de liberté de circulation des personnes d'un État démocratique. En France, l'espace hospitalier et les dispositifs concernant l'hospitalisation sous contrainte permettent de satisfaire ces deux exigences lorsqu'il s'agit de suivre une personne supposée être dangereuse. Mais ce déplacement ne peut s'effectuer que si une alerte est lancée afin de relier les lieux où ce comportement dangereux se produit et les spécialistes mandatés à s'en occuper. Cette alerte peut aboutir à une forme de délégation qu'on peut appeler *totale* car, dans ses conséquences, elle est supposée prendre en charge tant l'objet déplacé que son porteur et ses besoins vitaux : se loger, manger, se protéger. Cela, pour une durée qui n'est pas prédéfinie au moment de l'hospitalisation. Une délégation limitée et réversible peut ainsi devenir totale et irréversible car ce qui est délégué c'est à la fois la personne elle-même et le trouble que le comportement déclencheur a rendu manifeste. Ici, la cause du problème n'est pas située « dans le monde » c'est-à-dire extérieure à la « personne à problèmes ». Et exercer une prise sur cette cause en s'approchant de manière répétitive à la protection exercée par un professionnel privé, ne suffit pas à la maîtriser. Cette délégation est totale également parce que, dans ce processus, le demandeur n'a pas à choisir où envoyer le bénéficiaire, c'est-à-dire la destination de ce déplacement. Le secteur, en tant que dispositif déjà tracé sur une carte et mis en œuvre par des gestionnaires et des professionnels, prévoit déjà cette information : la destination de ce déplacement est le point le plus proche du domicile du bénéficiaire.

**Repères discursifs 10. Exemples d'énoncés concernant des événements déclencheurs**

(LOC A) : je me suis battue avec ma mère, et ça était le déclenchement, je ne savais plus où aller, donc je me suis réfugiée chez mon amant qui m'a hébergée dans la chambre d'ami et ça a été un élément qui m'a beaucoup troublée, comme quoi la relation n'était pas légitime, légitimée, quoi

(LOC B) : Je ne me souviens plus, entre 20 et 24 ans, à peu près quoi, je me souviens qu'une fois je m'étais énervé une fois dans la maison de campagne de mes parents et, et mon frère et ma mère ils m'ont dit d'aller en psy, d'aller voir un psychiatre. Et comme je le dis toujours si ça avait été que ma mère j'aurais été capable de lui dire non, mais le fait que ça soit ma mère plus mon frère, je ne sais pas ça m'a incité à... alors j'étais très remonté contre les psychiatres, je ne sais pas, je me suis dit bêtement si ça ne peut pas faire du bien, ça ne peut pas faire du mal. Vous voyez ce que je veux dire ?

(LOC ENQ) : oui

(LOC B) : alors que c'est faux comme raisonnement, c'est que quand on met le doigt dans l'engrenage souvent le bras y passe... en tous les cas c'est comme ça que j'analyse les choses. Ça ne veut pas dire qu'un jour je n'aurais pas eu besoin de la psychiatrie, j'en sais rien, mais disons que c'est un point de départ important pour moi

(LOC ENQ) : et dites-moi comment vous êtes arrivée au CMP, est-ce qu'il y a eu quelqu'un qui vous a envoyée, quelqu'un qui vous a dit « il faut aller au CMP » ou c'est vous que (/)

(LOC E) : en fait ce qui s'est passé, il y a 5-6 ans maintenant j'ai fait une crise de nerfs, parce que j'en fait souvent même si maintenant avec la pique ça diminue et j'ai tapé sur ma mère, malheureusement d'ailleurs je le regrette même si dans ces moments je ne contrôle rien du tout, donc là j'ai tapé sur ma mère, parce que je n'avais eu d'autres avant, j'avais pas tapé sur ma mère mais j'avais tout cassé chez moi, pas des murs, mais en tous les cas j'ai cassé tous des objets que je tenais à cœur, et j'ai tapé sur ma mère et, comment on dit, c'est la goutte qui a fait déborder le vase dans le sens où après j'étais internée pour deux mois à l'hôpital de Nanterre au service psychiatrique, et au bout de ces deux mois c'est on m'a envoyée directement au CMP (silence) donc des rendez-vous et avant à l'hôpital de jour, j'y étais jusqu'à juin dernier

(LOC I) : si vous voulez j'avais pas trop de prise sur ma vie à moi, je n'arrivais pas à me forcer à faire les choses, en fait. Mais bon, parallèlement à ça, là j'ai commencé à avoir des idées un peu délirantes, et puis vers la fin du mois d'avril, vers la fin de l'année scolaire euh euh, j'étais très angoissé euh euh comment dire je faisais des prières et puis des prières à l'envers des choses comme ça, enfin à l'envers je ne faisais pas des prières pour le démon ce n'est pas ça mais je dis, mais je voulais que ce que j'avais fait s'annule parce que j'avais peur d'avoir fait du mal par les prières, enfin c'était un système un peu délirant. Puis je suis allé voir une voyante et là j'ai pété un câble. Voilà. Comme j'avais déjà des idées délirantes, cette voyante ça été le déclencheur, euh vraiment là j'ai perdu contact avec le réel

## 6.2 Mobilité et immobilité

Dans le panorama des dispositifs du secteur, un contrepoint à l'immobilisme imposé au bénéficiaire de l'hospitalisation psychiatrique sous contrainte, est sans doute introduit par le Centre Médico-Psychologique (CMP). Les idées de mouvement et de mobilité reviennent

en effet systématiquement dans toutes les définitions du CMP comme le « pivot » du secteur. De plus, le verbe latin *ambulare* résonne si fortement dans ce qu'est ce service, un *ambulatoire*, que les idées de « marcher », « bouger », « circuler » – sans suivre forcément des directions précises – sont inscrites dans ce dispositif. Quelles sont les conséquences de ces caractéristiques sur la délégation de soins et en quoi elles font contrepoint à l'immobilisme de l'hôpital ? Une des façons de répondre à cette question suggère de porter le regard sur les objets qui pèsent, en terme de conséquences, sur l'expérience des bénéficiaires, et qu'on retrouve à l'hôpital mais pas au CMP. Ou, encore, des objets qu'on n'a pas abandonnés mais dont l'utilisation a nettement changé les engagements des acteurs<sup>3</sup>. Le lit et la porte sont deux exemples qui permettent d'aborder respectivement ces deux cas de figure<sup>4</sup>.

### 6.2.1 Grandeur, distance et fréquentation des lieux de soins

Au CMP on ne trouve pas d'objets qui caractérisent l'environnement hospitalier, comme, par exemple, le lit. Restons maintenant sur cet objet et sur ses conséquences dans l'expérience de délégation de soins. On sait que limiter l'absence d'un objet à un changement de décor institutionnel, ce serait négliger les effets de boucle que cet objet a sur les acteurs et sur leurs pratiques. Il serait donc plus judicieux de souligner qu'en éliminant le lit, le CMP supprime en un seul coup certaines des implications que sa présence impose à l'expérience de s'en remettre aux soins hospitaliers. Parmi ses implications, on peut facilement évoquer l'expérience de se déshabiller et de se mettre en pyjama, de s'allonger et de prendre des médicaments en cette position, de s'endormir sans la garantie de pouvoir fermer la porte de la chambre, de risquer la contention au lit et, ainsi, l'immobilisation. Ces expériences, que les personnes interviewées ont faites, ne demeurent que dans l'espace hospitalier. Elles s'enchaînent avec d'autres expériences bien plus éprouvantes, au fur et à mesure qu'on cumule des hospitalisations. Si on les considère comme des conséquences de l'expérience de s'en remettre à cette institution, nul n'empêche de formuler une explication à la question du non consentement aux soins faits en hôpital psychiatrique : ce n'est pas à cause de la maladie que les personnes ne demandent pas des soins à cette institution, mais parce qu'elles connaissaient les conséquences de cette demande. Loin de suggérer qu'éliminer des lits veut

---

<sup>3</sup> « En règle générale, chaque fois que vous voulez savoir ce que fait un non-humain, vous n'avez qu'à imaginer ce que d'autres humains ou non-humains auraient à faire si ce personnage n'était pas en place. Cette substitution imaginaire calibre exactement le rôle ou la fonction qu'il remplit » (Latour, 2006 : 58).

<sup>4</sup> S'il est vrai, comme le raconte magistralement l'historien Benoît Majerus (2011), que la porte, le lit et la baignoire sont des « objets agissants » qui ont structuré la vie asilaire, une analyse approfondie sur les objets qui façonnent l'expérience extrahospitalière n'a pas encore été faite.

dire éliminer le problème de la contrainte en psychiatrie, cette explication est tout de même bien plus simple et symétrique de celles qui se tournent vers la maladie ou vers un état de méconnaissance de maladie. D'un côté, elle est plus simple parce qu'elle évite de mobiliser dans son argumentation des entités, comme les troubles mentaux, qui restent tout de même disputées et controversées, et symétrique parce qu'elle peut s'appliquer à n'importe qui (y compris ceux qui ne sont pas supposés être des « personnes à problèmes »). De ce point de vue, le lit comme objet agissant permet de réfléchir sur les expériences de mobilité et l'immobilité que le bénéficiaire a faites respectivement au CMP et à l'hôpital. Dans l'échange suivant, par exemple, ces expériences lui fournissent des points de repère pour différencier certaines caractéristiques de son parcours et de celui d'autres bénéficiaires.

(LOC ENQ) : Tout à l'heure vous avez dit « ex-usager »

(LOC B) : oui, j'appelle ça « ex usager » parce que le CMP ce n'est pas vraiment l'hôpital. Alors que si je suis un usager je vois un psychiatre tous les mois

(LOC ENQ) : voilà, c'est ça un usager de la psychiatrie à votre avis ?

(LOC B) : c'est-à-dire... non, l'utilisateur c'est quand même... L'hôpital psychiatrique comme l'Esquirol. C'est... vous êtes là-bas... Vous n'êtes pas là-bas par hasard. C'est rare que vous soyez là-bas par hasard. C'est c'est un, quand même... comment vous expliquer ? Comment vous expliquer ? C'est une borne c'est une borne qui marque, qui marque

(LOC ENQ) : ok

(LOC B) : vous voyez c'est, quelqu'un qui a fait Esquirol euh comme vous y avez passé 7 ou 3 mois, ce ne reste même que trois mois bon il y a des gens qui restent 15 jours donc cela ils peuvent oublier, mais quand vous êtes resté longtemps ça marque. Je ne sais pas pourquoi, moi le CMP je... certains disent que c'est un hôpital, pour moi ce n'est pas vraiment un hôpital

(LOC ENQ) : À oui ?

(LOC B) : C'est un hôpital de secteur, ce qu'ils appellent la « sectorisation »

(LOC ENQ) : Un hôpital ? mais il n'y a pas de lits (/)

(LOC B) : Non, il n'y a pas de lits mais quand même, il y a la distribution des médicaments

(LOC ENQ) : Quand vous dites les gens qui appellent « un hôpital de secteur ». Qui l'appellent comme ça ?

(LOC B) : Oui, parmi de malades il y en a qui disent « hôpital ». Ils sont très contents d'y aller là-bas.

(LOC ENQ) : Mais à votre avis quelqu'un qui va ou CMP c'est un usager de la psychiatrie ou pas ?

(LOC B) : Ah oui, quand même. Mais attention la psychiatrie pour moi c'est l'hospitalisation dans un HP... pour moi le CMP c'est un petit hôpital quoi, un hôpital...

(LOC ENQ) : ça c'est la psychiatrie de... ce n'est pas la vraie psychiatrie ?

(LOC B) : la vraie psychiatrie c'est quand même d'être dans un HP, d'être enfermé. Ça, ça marque, ça marque quand même

(LOC ENQ) : Mais quand même l'utilisateur existe ou un ex-usager... Vous êtes un usager ?

(LOC B) : J'y vais une fois par mois

(LOC ENQ) : donc ?

(LOC B) : J'essaye d'être distant un peu des lieux de psychiatrie. Une fois par mois ça me paraît bien. Ce n'est pas trop pesant, quoi.

Malgré les contours flous de l'usager et de l'ex-usager, dans cet échange la mobilité et l'immobilité permettent de thématiser le couple réversibilité/irréversibilité tout en gardant les dimensions institutionnelle (l'hôpital opposé au CMP) et temporelle (les séquelles que la mobilité et l'immobilité imposent comme conséquences à la délégation de soins hospitaliers). Le point de départ c'est l'expérience que B. fait du CMP, et qui embrouille un peu son idée de « vraie psychiatrie ». La vraie psychiatrie est irréversible : cette propriété est issue de l'agencement entre grandeur<sup>5</sup> du lieu, durée de l'immobilité imposée et conséquences durables sur le bénéficiaire. Cet agencement est bien modélisé dans l'énoncé suivant : « mais quand vous êtes resté longtemps (à l'Esquirol) ça marque ». À l'opposé, s'il existe une psychiatrie qui est un peu moins vraie, c'est parce qu'elle est réversible. Une psychiatrie réversible permet un type de délégation qui se met en place dans des endroits petits car pour sortir de ces endroits il y a peu de chemin à faire. De plus, elle n'impose pas de contraintes en termes de distance et de fréquentation des lieux de soins, et son action ne laisse pas de traces durables sur le bénéficiaire. Dans l'expérience de B., le CMP permet d'associer un « petit hôpital » à un bénéficiaire qui peut régler à la fois sa distance (« j'essaye d'être distant un peu ») et sa fréquentation (« j'y vais une fois par mois »), sans subir des conséquences durables (« ce n'est pas trop pesant ») de sa délégation de soins.

### **6.2.2 Droit d'entrée et droit de sortie, arrivées et départs**

Si les régimes de réversibilité et irréversibilité semblent se délinéer à partir des degrés de mobilité que les dispositifs de soins imposent aux bénéficiaires, c'est également parce que les institutions sont dotées de portes qui s'ouvrent, se ferment et filtrent de manière différenciée. Comme pour le travail politique, les personnes interviewées sont sensibles à cet objet et aux conséquences qu'il a sur leur circulation et leur cloisonnement dans les lieux de soin. Si, d'un côté, la figure du lit souligne l'immobilité imposée au bénéficiaire de soins, la porte, de l'autre, permet de réfléchir aux contraintes de mobilité qui pèsent sur les acteurs lorsqu'ils veulent entrer dans un lieu de soins ou y sortir. Restons encore un peu sur le couple hôpital/CMP pour ensuite élargir le regard aux professionnels en libéral et cliniques privées.

---

<sup>5</sup> L'hôpital parisien évoqué dans cet échange comptait, en 2001, 454 lits et places dont 278 lits en hospitalisation complète.

Contrairement à l'hôpital, pour entrer et sortir d'un CMP, on n'a besoin ni d'ordonnance du médecin traitant ni de permissions particulières. C'est comme un ensemble de bureaux où on peut accéder même sans prendre rendez-vous. Voici un échange concernant l'arrivée à un CMP :

(LOC B) : moi, je me souviens que j'habitais en face du CMP, Centre Médico Psychologique, donc j'y suis allé une fois

(LOC ENQ) : tout seul ?

(LOC B) : oui, je me souviens je suis entré dans le CMP, j'ai dit que je n'allais pas très bien, ceci cela, et ils m'ont donné le nom d'un psychiatre et depuis il me suit. J'ai eu une période où j'ai arrêté parce que j'allais mieux, bien mais grosso modo sur les vingt dernières années j'ai dû le rencontrer pendant 16 dernières années.

Dans cette expérience, la proximité géographique semble permettre à B. de frapper la porte du CMP de son quartier et d'y accéder sans trop de formalités bureaucratiques. C'est là une des innovations de ce service : ne pas trop filtrer les flux qui entrent, ni ceux qui concernent les « personnes malades » ni ceux des « non malades ». De ce dernier point de vue, en effet, le CMP est un étrange lieu sanitaire où même des non malades peuvent bénéficier de types de suivis effectués par des professionnels, comme par exemple les psychothérapies familiales. Mais une autre caractéristique rend ce service unique dans son genre : si les flux attendus, ne rentrent pas, ce sont les flux sortants qui se mobilisent. Car, au sens figuré, on peut dire que les réformes psychiatriques ont équipé les CMP de portes à double battant. L'idée de panneaux ouvrables et tirés de n'importe quel côté, évoque la réversibilité suggérée par le va-et-vient de ce mouvement : si les patients viennent au CMP, les professionnels aussi, surtout infirmiers, vont au domicile des patients quand ils en ont besoin. Des personnes interviewées ont fait preuve de négociation en ce qui concerne ces visites, ce qui leur a permis d'exercer une action de régulation de leur délégation avec le CMP et ses professionnels.

Contrairement au CMP, l'hôpital prévoit des rituels bien rodés par la hiérarchie hospitalière réglant les entrées et les sorties. Si une sortie ponctuelle vise à se transformer en départ de l'hôpital, ces rituels démontrent l'opposition entre la mobilité intra-hospitalière, qui ne pose pas de problèmes particuliers, et celle en direction de l'extérieur, qui met en jeu la tension réversibilité/irréversibilité du processus.

(LOC ENQ) : ça vous dit de me parler un peu de cette hospitalisation ? Comment était organisée la vie dans l'hôpital ?

(LOC E) : si on va se balader on reste avec un infirmier pour aller faire nos courses

(LOC ENQ) : donc on peut sortir ?

(LOC E) : on peut sortir mais uniquement avec un infirmier, je veux dire qu'on a pas le droit de sortir seul quoi, le seul point qu'on a pour sortir seul c'est quand on est en perm, par exemple... en permission si vous préférez

(LOC ENQ) : ah « perm » c'est permission, d'accord ; donc il est possible qu'il y a des permissions pendant l'hospitalisation ?

(LOC E) : oui oui pour les weekends, les soirs, ou les après-midi ça dépend, ça dépend du psychiatre et on a le droit à un coup de téléphone par jour, pour ceux qui sont autorisés, par contre pour ceux qui ne sont pas autorisés évidemment n'ont pas évidemment le droit de sortie, ni de faire aucun coup de téléphone en question

(LOC ENQ) : et ça dépend de quoi ou de qui, pourquoi ?

(LOC E) : ça dépend du dossier je pense, et de la personne aussi (silence)

[...]

LOC ENQ) : après comment ça c'est passé la sortie ?

(LOC E) : progressivement. Progressivement dans le sens où j'avais le droit de temps en temps à des perms ce qui m'avaient (incompréhensible) dans le terrain

(LOC ENQ) : je n'ai pas compris

(LOC E) : non je disais ça m'a fait tâter le terrain, c'est-à-dire de voir comment ça se passe

(LOC ENQ) : d'accord

(LOC E) : moi je voyais comme ça se passait, si ça se passe bien ou pas

(LOC ENQ) : mais toujours avec une infirmière ?

(LOC E) : non toute seule cette fois.

L'expérience de « tâter le terrain » qui est ici évoquée tant au sens figuré qu'au sens propre du terme, renvoie au travail sensible qui pèse sur la délégation de soins lorsque on veut acquérir un gain de réversibilité. Comme l'enfant qui commence à acquérir sa maîtrise de l'environnement et, par conséquence, son pouvoir d'aller et de venir quand et comme il veut, la personne pourra, une fois à l'extérieur de l'hôpital, programmer et faire ses déplacements comme elle veut. L'effet de cette expérience bien entendu n'est pas le même si on se met à la place de l'institution. Vue de cette place, l'étape du tâtonnement signale, d'un côté, un crédit au bénéficiaire de portions d'autonomie nécessaire à franchir la porte qui sépare l'hospitalier de l'extrahospitalier, et de l'autre, le maintien de ce processus dans un régime de réversibilité car on évite ainsi une sortie définitive de la personne.

On peut continuer à analyser la contrainte que les institutions posent à la tension entre réversibilité et irréversibilité dans la délégation de soins, si on considère le cas limite de la porte d'un cabinet privé. Si dans le cas précédent cet objet permet d'analyser l'expérience de l'allée et du retour dans les lieux de soins, dans le cabinet il met plutôt l'accent sur l'expérience de l'arrivée et du départ. En France, on peut bénéficier de services du secteur tout en étant suivi par un psychiatre privé, et les coûts de ce suivi, pour le bénéficiaire ou le demandeur, sont limités parce qu'ils sont remboursés par la Sécurité Sociale. Ainsi, la

régulation de la délégation de soins peut se jouer exclusivement entre le couple psychiatre-demandeur/bénéficiaire où la porte peut être mobilisée tant au sens de « mettre à la porte » (*mettere alla porta*) que de celui de « prendre la porte » (*prendere la porta*). Comme dans le cas suivant :

(LOC D) : euh vous avez de moins en moins de psychiatres en France donc les psychiatres vous savez si vous ne respectez pas ce qu'ils disent de faire c'est la porte, je veux dire ils vont pas vous garder parce qu'ils sont débordés, moi mon psychiatre il est débordé, elle est débordée

(LOC ENQ) : vous dites ça parce que vous l'avez vécu sur vous même ou ce sont des histoires d'amis ?

(LOC D) : non, je l'ai pas vécu moi-même parce que j'ai toujours respecté mes engagements, quand je m'engageais auprès d'un psychiatre c'était, mais un psychiatre il va pas rester avec un patient euh...

(LOC ENQ) : qui ne va pas suivre ces indications ?

(LOC D) : oui qui ne va pas suivre ces indications, au bout d'un moment il va lui dire « écoutez il faut arrêter le suivi » enfin en tous les cas, moi je vous dis ça, les deux psychiatres que j'ai eu, euh, étaient claires là-dessus, il fallait suivre sinon euh, ils ne vous disaient pas prenez la porte bien sûr mais c'était des sous-entendus

*A priori*, dans les conditions présentées par la psychiatrie en libéral et par le mécanisme d'un remboursement, un bénéficiaire est conçu également comme un demandeur : il fait partie de la « clientèle » et il n'a pas besoin de permissions pour se déplacer. Idéalement, donc, il est dans un type de relation où la délégation est toujours réversible : il peut partir quand il veut car, pour lui, il est toujours possible de « prendre la porte ». Mais après des années de suivi et de thérapie avec le même spécialiste, la dose de réversibilité diminue, d'autant plus quand il cumule à la fois suivis psychologique et psychiatriques. Dans l'exemple de D., en effet, il s'agit d'un spécialiste qui est défini comme à la fois « psychiatre, psychologue et psychanalyste ». La porte de son cabinet donc ne peut que renvoyer à des significations complètement différentes de celles d'un hôpital ou d'un CMP. Ici, l'expérience de « prendre la porte » veut dire risquer de trop s'approcher à la perte irréversible du spécialiste. Si le bénéficiaire ne pourra plus retourner sur ses pas, il vaut mieux suivre les indications du spécialiste et renouveler sa demande de soins, son « engagement ».

Le cas de figure de ce dernier exemple ne peut pas se produire dans un service public. Ici, en effet, d'un côté, mettre à la porte un bénéficiaire qui demande des soins signifierait contredire le mandat instituant le service même, de l'autre, un spécialiste peut toujours être remplacé pour des raisons institutionnelles, donc la personne ne peut risquer de rester sans suivi. Quand cette dernière éventualité se produit, elle peut avoir des conséquences en terme



de réversibilité de la délégation : le bénéficiaire prend lui-même la porte, et quitte le service public pour l'offre privée.

(LOC : ENQ) : Après votre première hospitalisation vous aviez déjà des contacts avec des personnes qui pouvaient vous suivre ou c'est les médecins de l'hôpital qui vous ont dit il faut faire ceci ou cela ?

(LOC L) : Non, il y a un CMP pour adultes qui dépend de la localité où on habite, je suis allée, ça été une catastrophe... On m'a changé cinq fois de psychiatre, alors il y en a eu un qui était malade, l'autre qui est tombée enceinte, l'autre qui a démissionné, ainsi de suite.

[...]

(LOC L) : je n'avais aucune connaissance de des psychiatres sur Paris. Et je me rappelle que j'avais un guide sur Paris, avec tous les médecins psychiatres et puis je pointais au niveau des noms ; je me dis « tiens j'aime bien ce prénom, j'aime bien ce nom de famille » et puis je me suis dit « mais non quoi, c'est, il faut y aller par connaissances ». Et c'est là que j'ai demandé à mon ami. Je suis très très bien tombée, je suis bien contente. Mais j'ai eu des problèmes pour le payer, énormes, énormes.

Ce dernier exemple permet de réfléchir au va-et-vient qu'on peut faire entre services publics et services privés, en France. Ce mouvement ne se limite pas simplement au suivi en cabinet privé, mais également en cliniques privées. Comme pour le suivi en cabinet privé, l'aspect économique d'un séjour en clinique est en effet pris en compte, en partie ou totalement, par la Sécurité Sociale et les Mutuelles de Santé. Dans ce contexte, même si c'est la clinique qui gère la sélection des patients et la possibilité de les mettre à la porte, les conséquences institutionnelles sur la délégation de soins restent toujours réversibles tant d'un point de vue de la structure que de son bénéficiaire.

(LOC ENQ) : il y a une sorte de sélection (en clinique privée) ?

(LOC H) : il y a une sélection oui, et si la personne fait trop de bêtises bah on la renvoie et on lui dit qu'elle relève de l'hôpital psychiatrique, parce que je sais qu'il y avait un monsieur qui a mis le feu à un palmier du jardin en disant que c'était une sorcière ce palmier ; donc là le médecin a convoqué sa famille et puis et il a été renvoyé. Donc avec les... les... comment dire... les... ha je n'arrive pas à trouver les mots... les avec beaucoup de précautions oratoires, c'est-à-dire « on vous dit pas vous avez mis le feu, on vous vire » on vous dit « vous comprenez, vous êtes dangereux donc pour les autres patients ce n'est pas possible, la cohabitation n'est pas possible, il faut que vous soyez dans un cadre plus surveillé », parce que dans une clinique psychiatrique quand on... il y a souvent un parc, et aux heures qu'on a pas de soins ou ce n'est pas l'heure des repas, on peut sortir de là parce on est quand même enfermés, on ne peut pas sortir dans la ville sans permission.

On peut avancer trois commentaires à ce passage. Tout d'abord, en présence d'une « bêtise » du bénéficiaire, les spécialistes peuvent arrêter la délégation de soins car certains départs sont décidés par la clinique privée. Ensuite, l'emploi de l'expression « précaution

oratoire » démontre que la personne est bien consciente que les spécialistes inscrivent cet événement dans un régime de justification où un tiers serait endommagé - « pour les autres patients ce n'est pas possible » - si on ne mettait pas le mot fin à une délégation. Enfin, même si la contrainte de la permission demeure également pour les sorties ponctuelles de la clinique, la possibilité de mettre à la porte quelqu'un est généralement plus facile qu'à l'hôpital psychiatrique. Ayant éprouvé tant l'hôpital que la clinique, la personne interviewée connaît le fonctionnement de cette circulation, ce qui lui permet d'avoir les clés pour régler ses allées en clinique et pour éviter l'hôpital public. Cela ressort dans le passage suivant :

(LOC ENQ) : bon, dans tous les cas pour sortir il faut avoir une autorisation ?

(LOC H) : oui et puis, bon la clinique est responsable, donc si vous, vous dites à quelle heure vous rentrez, si vous allez en permission, si vous avez un peu de retard sinon c'est la police qui est avertie

(LOC ENQ) : tout de suite ?

(LOC H) : toute de suite, dans la... parce que quand on est hospitalisé on est sous la responsabilité de la clinique... et l'hôpital c'est pareil, mais à l'hôpital ça va plus vite, si... parce que si... il y a plus de, enfin c'est moins... c'est moins... comment je pourrais dire ça (silence) c'est comment un, comment dire... un emballage, c'est moins bien emballé, c'est plus rude donc tandis que dans la clinique c'est plus emballé donc on va pas appeler tout de suite les flics, on va vous appeler sur votre portable, puis, mais normalement quand on sait qu'on va être en retard, nous on téléphone aussi mais... Personnellement à l'hôpital je ne me suis pas confrontée à un retard de retour de permission mais je pense que la police ça va très vite si vous ne rentrez pas

(LOC ENQ) : vous avez connu des cas comme ça ?

(LOC H) : oui oui j'ai connu des cas comme ça. Et puis j'ai connu aussi des gens qui sont... qui ont accepté de venir en clinique psychiatrique c'était pour un problème de drogue je me rappelle, et la personne s'est faite visiter en dehors des heures de visites pour lui apporter des cigarettes soi-disant, la direction a accepté, enfin le médecin directeur a accepté, mais la personne a reçu des cigarettes avec de la drogue dedans, donc là s'est faite jeter le lendemain, donc elle est allée à l'hôpital psychiatrique et elle s'est rendue compte que c'était encore pire, donc il valait mieux se conformer aux règles de la clinique que de subir l'hospitalisation en hôpital.

### 6.3 Activité et inactivité

Après avoir montré comment un problème se déplace du privé au public et le poids de la mobilité et de l'immobilité dans la régulation de la délégation de soins, une troisième dimension pèse sur l'expérience des personnes interviewées. Il s'agit des degrés qui nuancent l'activité et l'inactivité du parcours de soins. Trois questions peuvent s'étaler entre ces degrés : se soigner, travailler et se loger.

### 6.3.1 Participer aux soins envers soi-même

Dans l'expérience d'éviter un événement non désiré, la question d'exercer une prise sur le futur est fondamentale. Cette prise peut s'effectuer si on peut anticiper des événements en agissant sur le présent. Par la prise ou le rejet des médicaments, par exemple, les personnes interviewées peuvent expérimenter les conséquences potentiellement dangereuses ou bénéfiques de ces actes, et exercer ou pas une prise sur les événements futurs. D'un côté, on peut décider d'arrêter de prendre des médicaments et s'approcher de ce que pour ces personnes est la réversibilité extrême de la délégation de soins. Mais cela va inscrire dans leur mémoire les conséquences de ce rapprochement, c'est-à-dire la rechute assurée, l'hospitalisation sous contrainte et, ainsi, une délégation proche de l'irréversible. De l'autre, respecter la prise de médicaments permet de rester dans des degrés intermédiaires de délégation et éviter des hospitalisations. Cela présuppose pourtant de déléguer durablement aux médicaments ce qu'ils sont censés faire : stabiliser les symptômes et, ainsi, éviter le pire. La prise de médicaments est, à ce propos, incontournable pour gérer la tension réversibilité/irréversibilité. Prenons par exemple l'énoncé suivant où cette tension est formulée clairement sous forme de métaphore géographique.

(LOC H) : Je me demande, si j'allais à l'autre bout de la terre, comment je ferais sans soins (silence) parce que j'ai un traitement et le traitement m'aide quand même.

Si l'image de se retrouver à « l'autre bout de la terre » inquiète (« comment je ferais »), ce n'est pas parce qu'elle renvoie au point le plus loin (du moins sur la croûte terrestre) du lieu où le locuteur produit son énoncé. Elle inquiète parce que son implication évoque une condition irréversible chez le locuteur, celle il ne peut pas faire le chemin qui lui permet de revenir au point de départ parce qu'il ne bénéficie pas de soins pendant ce trajet. Mais la conscience qu'on ne peut pas se passer de médicaments, émerge au cours du temps en établissant des liens de causalité entre avantages et désavantages.

(LOC : I) : en fait au début, quand je suis tombé gravement malade, ... je me suis quand même rendu compte que je ne pouvais rien faire sans les médicaments, et je me suis dit « je vais essayer », parce que j'ai essayé toutes les solutions dans ma tête, je n'ai pas trouvé de portes de sortie, donc la seule solution était les médicaments, puis après ça ils ne me faisait aucun effet, puis quand on m'a changé le traitement à la clinique, là quand j'étais à 24 ans et bah en fait à la clinique « \*\*\* », en fait quand j'ai vu qu'on m'avait changé de traitement et ça m'aidait à dormir, je me suis dit effectivement que, euh, euh, que c'était utile.

On l'a dit, arrêter de prendre les médicaments est un scénario que certains des acteurs interviewés ont essayé et l'hospitalisation sous contrainte a été la conséquence classique de cet acte. Après cet événement, d'autres stratégies peuvent se mettre en place pour réguler la délégation de soins. Si l'on croit que la vigilance sur soi-même et sur la prise des médicaments peut faire défaillance, on peut la déléguer à des objets qui, par l'émission des signaux, permettent une meilleure prise de conscience. Un portable, par exemple, s'il est programmé en automatique, signale tous les jours qu'il est l'heure de prendre les médicaments.

(LOC E) : ça se passe oui, même si je me mets un rappel ça se passe très bien quoi

(LOC ENQ) : pardon ?

(LOC E) : je me mets toujours un rappel pour ne pas les oublier par exemple, tous les jours quel que soit le jour, je sais que à 14 heures mon portable va sonner pour me dire de prendre les médicaments. Et tant que je n'ai pas pris mes médicaments, je le mets à répéter, il faut que je les prenne quoi, le rappel, pour ne pas oublier.

Une autre stratégie consiste à déléguer la vigilance sur la prise des médicaments à une boîte compartimentée appelée « semainier » qui, une fois préparée sous l'œil attentif d'une infirmière, évite de contrôler les quantités des doses à prendre journalièrement.

(LOC ENQ) : et euh (silence) vous avez pris des médicaments j'imagine, est-ce que vous pouvez me parler de cet aspect ? Depuis quand, si ça été facile pour vous prendre les médicaments ?

(LOC E) : en fait au CMP les infirmiers nous préparent notre semainier et la piqûre

(LOC ENQ) : semainier ?

(LOC E) : je vais vous montrer pour savoir qu'est-ce que c'est

(LOC ENQ) : il y a des comprimés à l'intérieur, c'est ça ?

(LOC E) : donc c'est ça, il y a tout, là c'est un nouveau, j'ai tous les médicaments

(LOC ENQ) : et c'est l'infirmière qui prépare tout ça ?

(LOC E) : oui, ça c'est un nouveau, parce avant j'en avais un plus gros et donc c'est nous qui apportons les médicaments mais c'est l'infirmière qui les range en fait. Et après c'est nous qui pouvons choisir, dehors pour les prendre, à moi par exemple je les prenais le matin et le soir, après je me suis arrangée pour les prendre à midi parce que je trouve ça plus facile en fait

(LOC ENQ) : et vous prenez vos médicaments toute seule ?

(LOC E) : le semainier, je le donne à l'infirmier qui le prépare mais les médicaments je les prends toute seule maintenant

(LOC ENQ) : sauf la piqûre

(LOC E) : oui la piqûre c'est l'infirmière qui me la fait obligatoirement, mais c'est nous qui l'amenons en tous les cas.

À partir de ces formes de délégation engageant tant des objets que des spécialistes, on voit bien les conséquences des contraintes institutionnelles sur la vie ordinaire des acteurs. Lorsqu'on est bénéficiaires d'un CMP, on doit exercer une forme de vigilance sur la prise des

médicaments, à négocier éventuellement avec les spécialistes. Alors que cette prise n'est pas exigée des bénéficiaires de l'hôpital : ici, tant les aspects qualitatifs que quantitatifs de la prise des médicaments sont délégués, par mandat, aux professionnels.

Approcher le couple activité/inactivité sous l'angle de la participation aux soins envers soi-même, suggère de regarder les déplacements physiques que les acteurs font volontairement pour se faire soigner. L'hospitalisation libre est un cas de figure qui permet de montrer comment les acteurs acquièrent une prise sur le temps et donc une compétence à anticiper ce qui n'est plus, à un moment de leur parcours, inévitable. Comme les autres, cette expérience n'est pas, dans la perception des acteurs, déconnectée des dispositifs mis en œuvre par le travail politique. Certains, par exemple, ont croisé, sur leurs chemins un service institué par le législateur français qui n'admet strictement que des patients en hospitalisation libre : c'est le Centre d'Accueil et de Crise. Le bénéficiaire donc se trouve face à une porte d'un petit hôpital, qu'il peut ouvrir volontairement, et qu'il lui permet de bénéficier d'un cadre de soins qui prévoit une immobilité courte, généralement d'une semaine. Par conséquent, si l'on s'en tient aux caractéristiques de ce service, elles ne présentent pas l'association entre des phénomènes irréversibles, grandeurs des lieux et durée prolongée d'immobilisme du bénéficiaire qu'on a retrouvé à l'hôpital. L'expérience d'aller dans ce service, peut arriver à des moments différents du parcours de soins : avant ou après plusieurs hospitalisations libres ou sous contrainte. Ainsi, un service comme le CAC, à mi-chemin entre un petit hôpital et un CMP, offre à deux personnes interviewées, un passage dont les effets ne sont pas tout à fait les mêmes.

(LOC ENQ) : Tu as eu plusieurs hospitalisations, et toujours à la demande d'un membre de ta famille et tu as fréquenté aussi un centre d'accueil et de crise. Ça consiste en quoi en fait ce CAC ?

(LOC A) : C'était un accueil de quelques jours pour... se poser, pour parler avec les infirmiers et tout ça, pour éviter que la crise ne monte. Quand je sentais que ça n'allait pas bien, j'allais moi-même au centre d'accueil de crise

(LOC ENQ) : ok, donc la différence entre les hospitalisations à \*\*\* et le centre d'accueil de crise c'est...

(LOC A) : c'est que j'y allais de mon propre chef, c'était moi qui allais quand je sentais que ça allait moins bien, et je me sentais sécurisée

(LOC ENQ) : ....quand c'est la première fois que tu es allée au centre d'accueil et de crise ?

(LOC A) : non je ne me souviens pas

(LOC ENQ) : mais quand même après plusieurs hospitalisations ?

(LOC A) : oui, oui, entre... c'était après 23 ans, c'était entre 23 et... peut être 30 ans.

Ce premier exemple permet de comprendre que, pour rendre compte de l'expérience d'un CAC, un certain degré de perception de la réversibilité est nécessaire. Les énoncés « éviter que la crise ne monte », « je sentais que ça n'allait pas bien », « j'allais moi-même », « je sentais que ça allait moins bien », renvoient à une certaine prise sur le futur. Cette prise peut permettre d'éviter comme dans cet exemple l'irréversibilité de ce qui est en train de se passer ou de s'approcher. Le second exemple, semble plutôt contredire cette interprétation parce que le passage au CAC précède plusieurs hospitalisations. Voyons d'abord comment cette expérience se produit pour en analyser, ensuite, ses conséquences.

(LOC ENQ) : Et comme vous avez commencé de fréquenter le CMP est-ce que il y a eu des hospitalisations ?

(LOC B) : non pas au début

(LOC ENQ) : ok

(LOC B) : sauf une fois vers 27 ans, j'avais décidé, parce que j'habitais chez mes parents j'avais décidé de ne plus leur parler et mais à la longue ça me rendait à moitié cinglé... pour dire « bonjour » quoi, enfin, j'étais parti dans un délire... je n'ai parlé plus, donc là j'étais hospitalisé dans ce qu'on appelle un CAC Centre d'Accueil et de Crise donc je suis resté 5 juin jours. Je sais que c'est fermé le week-end et je suis resté 5 juin jours

(LOC ENQ) : donc une semaine.

(LOC B) : une semaine, ils m'ont donné des médicaments, bon

(LOC ENQ) : et en fait qui a fait les démarches pour (/)

(LOC B) : c'est mon psychiatre, c'est mon psychiatre qui m'a dit que ça sera peut-être bien que je fasse ça.

(LOC ENQ) : donc vous êtes allé de votre propre gré ou, je ne sais pas, c'est votre père qui a signé ?

(LOC B) : non, non, c'est mon père, c'est mon père qui a dit qu'il est allé voir le médecin... et après j'ai eu un rendez-vous avec le médecin

(LOC ENQ) : d'accord

(LOC B) : mon médecin psychiatre, et ils m'ont envoyés au CAC. Ça s'est relativement bien passé

(LOC ENQ) : bien passé, d'accord, il n'y a pas eu de (/)

(LOC B) : je suis sorti, ça allait mieux et euh... ça allait mieux dans... au moins de de... ça allait un petit peu mieux quoi... à peu près j'étais guéri, mais ça allé un petit mieux quoi. Qu'est ce qui ce passé, après, c'est ma première hospitalisation à l'âge de 30 ans.

Dans ce cas, le passage au CAC est issu d'une action collective menée par le psychiatre du CMP et le père de B. Différemment du premier exemple, en effet, le bénéficiaire ne s'attribue pas vraiment la volonté de l'hospitalisation et ne raconte pas d'avoir fait preuve de prévision du futur. Au niveau des conséquences, ce passage est décrit comme bénéfique dans la brève durée, car il permet à B. d'aller « mieux ». Mais dans la longue durée, il ne lui permet pas d'éviter une première hospitalisation sous contrainte, il semble plutôt la

retarder. À partir de ces deux cas, on voit que la perception de réversibilité n'est pas une compétence à analyser exclusivement au niveau individuel, elle doit pouvoir être reliée aux interactions dans lesquelles les acteurs sont plongés, voire aux étapes de leurs parcours. Pour B., elle est acquise après plusieurs hospitalisations et lorsqu'il commence à tisser des liens de causalité. Cela, en termes de réversibilité, veut dire exercer une volonté sur la délégation de soins, et lier présent et futur proche. Comme dans l'énoncé suivant :

(LOC B) : oui, la dernière fois je suis allé de mon propre chef quoi. Je voyais bien qu'il y avait quelque chose qui déconnaît quoi, quelque part je savais bien que c'était des médicaments mais quand vous êtes dans un état de crise euh...

Pouvoir s'activer afin de participer aux soins envers soi-même dépend sans doute de la nature du trouble qui accompagne les personnes. Même si les spécificités psychopathologiques des diagnostics ne sont pas l'objet de ce travail, ces interviews suggèrent de ne pas mélanger les diverses expériences des personnes interviewées, sous l'étiquette fourre-tout de « troubles mentaux » : les contraintes et les conséquences des types de troubles ne sont pas les mêmes. Les acteurs qui parlent d'un trouble « maniaco-dépressif »<sup>6</sup>, par exemple, racontent que c'est la récurrence de ce trouble qui permet des prises sur la délégation de soins. Au moment de l'entretien, C. dit de commencer à comprendre comment son trouble marche et fonctionne, et notamment les effets de boucle sur ses actions. Par la répétition régulière des absences et des présences du trouble, il sait qu'il doit se préparer à une hospitalisation pour la période automnale : il y a éprouvé déjà des précédents. Les signaux, en effet, sont toujours les mêmes : il ne dort plus, il accélère ses activités, il commence à « faire des bêtises » comme « aller provoquer des policiers » ou « mettre le bordel dans sa famille ».

(LOC C) : là, je suis un ex-usager parce que je ne suis pas hospitalisé, donc je vais j'essayer de rompre ce ce, ça fait 20 ans euh, j'en ai marre, euh il y a logiquement, il n'y a plus de raisons, il faut que je travaille en amont pour être vigilant sur les mécanismes qui font que bah je commence à ne pas dormir, qu'au bout de trois semaines vous n'avez pas dormi vous êtes complètement halluciné, ah c'est euh euh, ça ça c'est une des drogues les plus les plus puissantes l'absence de sommeil, c'est incroyable... ça vous met dans des états dans des états personnels qui ne sont pas partagés, donc c'est là la faute parce que c'est pas partagé.  
[...]

---

<sup>6</sup> Il s'agit probablement de troubles définis « bipolaires » : « Le trouble bipolaire se caractérise par une alternance d'épisodes maniaques et dépressifs dont les expressions varient en fonction de l'intensité, la durée et les caractéristiques cliniques » (Guelfi et Rouillon, 2012 : 303). Certaines formes de ces troubles peuvent comporter plusieurs types de cycles différemment caractérisés. La forme saisonnière, par exemple, présente un cycle qui alterne différents symptômes selon une périodicité régulière.

(LOC C) : euh les gens lambda n'y comprennent rien mais euh euh, chez les professionnels bon, on connaît quand même bien la mécanique, moi je commence ah à bien saisir la mécanique et cette année Fabio je vais être très vigilant, bon déjà au niveau du sommeil, de ne pas m'halluciner dans des projets, alors au début ça va mais après ne ça s'arrête pas.

Même si C. déclare que ces « états personnels » ne sont pas partagés, il en fournit tout de même un partage au moment de l'entretien. Ce partage permet de réfléchir aux prises sur le futur qu'il s'est donné pour alterner des moments de vigilance et des moments de prévision. À ce propos, la sociologie des alertes et des risques a décrit deux modèles d'engendrement de prises sur le futur : un modèle de prévision qui suppose de définir complètement les procédures et les dispositifs à mobiliser pour éliminer les sources d'incertitudes ; et « un modèle de vigilance qui assume complètement la variation et l'incertitude » où « le problème est moins de prévoir que d'être présent » au processus<sup>7</sup>. C. montre pouvoir exercer une prévision lorsqu'il raconte comment il veut gérer la prochaine hospitalisation : par le dispositif de l'hospitalisation à la demande d'un tiers. Tout est prêt : une demande est déjà rédigée et, en cas de besoin, sa sœur doit seulement la signer. Mais si la prévision se met en acte lorsqu'on est bien, la vigilance a lieu en présence du processus, lorsque la crise est « en train de se faire ». Être vigilant veut dire porter une attention sur les mécanismes et sur le ressenti de l'expérience et non sur les dispositifs de neutralisation comme l'hospitalisation. Dans l'expérience de C., la vigilance semble plutôt être le résultat d'éprouver la présence d'un trouble et d'en devenir un expert (« les gens lambda n'y comprennent rien ») ; alors que la prévision exige une position de surplomb qui peut être exercée même par ceux qui n'éprouvent pas ce trouble. C'est peut-être là un des passages clés qu'un bénéficiaire doit traverser pour devenir également un demandeur de soins.

Lorsque la prévision vise à une hospitalisation volontaire et en clinique privée conventionnée, on comprend sans peine que le cas est différent. Au moment de l'entretien, H. raconte gérer ses hospitalisations dans un registre de la prévision bien rodé car elle aussi souffre d'un trouble caractérisé par des apparitions régulières. Au lieu d'attendre une période ingérable ou de « craquer », elle anticipe les recours à des spécialistes en clinique.

(LOC H) : ... alors maintenant je connais assez bien ma maladie, donc je sens que quand je euh, euh, quand les choses courantes deviennent difficiles à faire, que je dois réfléchir ou quand je dis des bêtises, dans les choses courantes, là il est temps que je

---

<sup>7</sup> Ce modèle est issu des travaux menés sur plusieurs dossiers parmi lesquels l'amiante et le nucléaire. Sur vigilance, prévision et prises sur le futur, voir Chateauraynaud (1998) (2013).



lève le pied, donc lever le pied ça veut dire que je me repose, et parfois un, deux jours ça suffit, je n'ai pas besoin d'aller en clinique, et parfois je sens que si j'y vais pas, je vais devoir y aller à un moment, je serais très bas, donc s'il n'y a pas de place, parce que les places sont assez chères dans les établissements.

[...]

(LOC ENQ) : ce sont les choses ordinaires que vous avez dites tout à l'heure

(LOC H) : oui ce sont les choses du quotidien, j'arrive plus, je ne sais même plus ce que j'ai envie de manger, ça m'est égal

(LOC ENQ) : donc dans ces moments-là vous levez le pied ?

(LOC H) : je lève le pied, ça va un petit peu mieux et puis, je, maintenant je vais faire ce qu'on appelle des « séquentielles », c'est-à-dire au lieu d'attendre d'être très mal, on fait un petit retour en clinique, d'une semaine à 10 jours, et ça me permet de me reposer, donc j'ai pas de quotidien parce que le quotidien est fait ; les courses, le menu, le ménage, tout ça c'est fait là-bas, j'ai pas à m'occuper de ça, moi je m'occupe de chercher ce qui me perturbe, et ce qui m'empêche d'aller bien, et en clinique j'arrive à le faire, et donc là au début c'était tous les deux mois et là c'est tous les 4 mois, d'une semaine à dix jours tous les 4 mois

(LOC ENQ) : donc c'est déjà préétabli votre séjour

(LOC H) : oui voilà

(LOC ENQ) : si vous allez bien ou vous allez mal vous y allez quand même

(LOC H) : oui c'est ça, et quelque fois quand je vais bien, j'ai tendance à retarder, à reculer, bon parfois c'est judicieux d'autres moments ce n'est pas judicieux, mais bon, j'assume ce que je fais (silence).

Plusieurs points de cet échange permettent de comprendre la réversibilité que H. peut exercer sur sa délégation : ses prises sur la maladie (« je connais assez bien ma maladie ») en terme de vigilance (« quand je [...], là il est temps que je lève le pied ») et de prévision (« au lieu d'attendre d'être très mal, on fait un petit retour en clinique »). Elle peut également prendre des risques et négocier avec soi-même le moment où il faut frapper à la porte de la clinique privée (« j'ai tendance à retarder, à reculer »). L'exercice de cette réversibilité lui permet ainsi de se concevoir, dans sa relation de délégation, en lien avec un lieu de repos et non pas vraiment avec un lieu de soins. Il est évident que les actions de « se reposer » ou de « se soigner », engendrent chez les personnes des scénarios relativement différents et que, par effet de boucle, cette différence peut favoriser ou inhiber la participation à la délégation de soins. De ce point de vue, le type de place prévue pour le bénéficiaire et le demandeur par le cadre institutionnel ne peut que jouer un rôle incontournable dans la régulation de la délégation de soins. H. ne va pas dans un hôpital public mais dans une clinique privée conventionnée, et si elle peut exercer une régulation de sa délégation, c'est également parce que le cadre permet de le faire.

### 6.3.2 Travailler

Dans les interviews, la dialectique entre travail et soins permet de continuer à thématiser la dynamique entre réversibilité et irréversibilité de la délégation de soins. On ne se risquerait pas trop à avancer l'idée que la perception de maladie peut, dans certains cas, émerger avec l'arrêt de l'activité professionnelle. C'est ce que l'échange suivant suggère :

(LOC F) : ... à une époque je n'étais pas trop mal parce que j'ai pu travailler, exercer une profession qui est celle d'enseignant mais, euh, (silence) quand je suis tombée vraiment malade là ça été terrible, euh

(LOC ENQ) : quand vous dites « vraiment malade » ça veut dire quoi pour vous ?

(LOC F) : (silence) ça veut dire être complètement bloquée, inhibée impossible de faire un pas vers l'autre.

La relation de causalité établie par le marqueur « parce que », entre la qualité « pas trop mal » et l'épreuve « j'ai pu travailler », permet de comprendre comment F. établit elle-même la causalité entre travailler et tomber malade. Arrêter l'activité de travail veut dire s'approcher de la condition de dépendance qu'un état d'immobilité implique. Les qualités qui accompagnent cet état : « vraiment », « impossible » et « complètement », renvoient au risque de s'approcher de l'irréversibilité de la délégation qui lui correspond. On peut rechercher si des formes de mise en relation, différentes de la relation de causalité, se présentent dans d'autres entretiens. Cela, pour voir si en présence d'une activité de travail on peut s'approcher à une réversibilité de la délégation de soins ou, au contraire, si arrêter de travailler veut dire s'approcher plutôt à l'irréversibilité de la délégation. Pour évoquer l'expérience de ses « rechutes », par exemple, A. utilise plutôt l'opposition entre l'hospitalisation et le travail.

(LOC A) : ... Et là j'ai pas rechuté depuis que je travaille. Depuis 7 ans je n'ai jamais eu de rechute

(LOC ENQ) : depuis 7 ans ? Qu'est-ce que tu appelles « rechute » ?

(LOC A) : pas d'hospitalisation, ou alors un jour, un jour comme ça... ou, au centre d'accueil mais je sors tout de suite quoi, pas d'hospitalisation depuis 7 ans... avec le traitement, sous traitement... et avec le travail.

Le marqueur temporel « depuis » permet de saisir la logique de présence/absence dans laquelle A. plonge ses hospitalisations et ses périodes de travail : pour elle, ne pas « rechuter » veut dire « travailler », suivre son traitement et ne rester pas trop longtemps dans un environnement hospitalier (ici, elle parle du CAC). Dans cet échange on peut saisir, par contraste, comment le pôle de l'irréversible est, encore une fois, représenté comme une immobilité prolongée en hôpital et une inactivité. Comme A., lorsque les personnes

interviewées ont pu, malgré l'expérience de maladie, garder ou reprendre une activité de travail, elles expriment généralement la satisfaction de cette épreuve. Car travailler permet de garder une prise sur soi-même et, par conséquent, la possibilité d'exercer une forme de réversibilité sur la délégation de soins. Cet exercice se produit en limitant le suivi et les déplacements en directions des lieux de soins, lorsque c'est possible. Comme dans le cas de C., qui dit de travailler pour soi-même :

(LOC ENQ) : parmi les structures que vous avez mentionnées tout à l'heure, il y a aussi des CMP ?

(LOC C) : il y a les CMP, il y a les CMP, on organise des sous-structures où il peut y avoir toutes sortes d'activités

(LOC ENQ) : et vous, vous, vous êtes suivi ?

(LOC C) : euh moi je ne fais pas, je ne fais pas partie d'aucune des activités, euh moi je préfère rester chez moi et vivre ma vie normale, quand je ne suis pas en crise, ça me convient bien comme ça, bon si je vais travailler à ce moment je travaille pour moi, je n'ai pas besoin de de euh

(LOC ENQ) : mais vous avez toujours un contact c'est ça ?

(LOC C) : ah oui j'ai toujours un contact, moi j'ai toujours un contact avec mon psychiatre une fois par mois euh.

Le travail n'arrive pas au hasard lorsqu'on est dans un circuit de soin. Parfois, c'est le travail politique qui contribue à acheminer les personnes interviewées à travailler. C'est peut-être là une façon de montrer comment la régulation d'une délégation de soins et les dispositifs mis au point par le travail politique, sont imbriqués. La preuve de cette imbrication est, tout d'abord, facile à trouver : le travail politique n'aurait pas institué des organisations appelées *Établissements de Service et d'Aide par le Travail* (ESAT)<sup>8</sup> et il n'aurait pas contribué à leur mise en réseau dans le panorama du secteur. Ces établissements, en effet, sont reliés à des points de passages importants des secteurs : les Maisons Départementales des Personnes Handicapées. Le récit concernant la façon par laquelle D. est arrivée à ce centre, permet de mettre le doigt sur cette imbrication et de comprendre une voie d'accès au travail.

(LOC D) : En même temps, j'avais fait une demande de reconnaissance de... d'un handicap psychique et j'ai une reconnaissance d'un handicap psychique de 60 à 69 % (silence) avec une allocation...euh « adulte handicapé », et euh... j'ai été, euh je suis passée donc devant la commission de la Maison Départementale des Personnes Handicapées qui m'a proposé de m'orienter vers un ESAT, un établissement... vous connaissez les ESAT ? Établissement de service et d'aide par le travail et euh

---

<sup>8</sup> Pâtisserie, cuisine, blanchisserie, jardinage, service commercial : ce sont juste des exemples d'activités proposées par les ESAT aux personnes handicapées. Ces établissements permettent aux personnes handicapées qui n'ont pas acquis assez d'autonomie pour travailler en « milieu ordinaire », d'exercer un travail dans un environnement « protégé » et « adapté ». Dans ces structures, il n'y a presque pas de spécialistes de l'univers médical ou paramédical.

(LOC ENQ) : donc la commission vous a attribué l'allocation ?

(LOC D) : oui cette commission m'a reconnue, a reconnu que j'avais un handicap et donc m'a proposé de m'orienter vers un ESAT, par contre c'est moi qui ai fait le choix parce que en fait... tous les ESAT qu'on me proposait, les activités étaient (silence) très inintéressantes

(LOC ENQ) : Donc vous avez visité plusieurs ESAT ?

(LOC D) : non je ne les ai pas visités mais je me suis renseignée, je suis allée sur les sites internet.

Rien d'étonnant à ce que D. soit orientée vers les ESAT par ce chemin : c'est la conséquence du travail politique qui a institué la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes handicapées. Cette commission fait partie de la Maison Départementale des Personnes Handicapées, établissement chargé de l'accueil et de l'accompagnement des personnes handicapées et de leurs proches, et institué en 2005. Par mandat, cette commission prend les décisions relatives aux prestations et à l'orientation des personnes handicapées. Par ses décisions, elle reconnaît aux personnes le statut de « handicapé ». Si l'admission dans un ESAT doit obligatoirement passer par cette commission, l'acheminement à cette commission et au travail, peut se faire par la médiation de personnes déjà bénéficiaires de ce dispositif. Il faut, en effet, considérer que les personnes qui circulent dans ce réseau ne le font pas individuellement : elles se croisent, se parlent, s'entraident et s'informent réciproquement. De ce fait, des parcours peuvent avoir des conséquences sur d'autres parcours sans forcément être orientés par les dispositifs institutionnels. C'est le cas, par exemple, de E. qui raconte d'avoir trouvé son ESAT par des personnes qui y travaillaient déjà.

Mais les ESAT ne sont pas les seules structures qui ont pour mission le travail comme outil d'intervention dans un parcours de soins. Si l'on ne limite pas le mot « travail » à l'activité rémunérée, des hôpitaux de jour et des associations reconnues d'utilité publique, mènent des activités dans ce sens et établissent des partenariats avec les organismes qu'ils appellent « orienteurs » : les équipes soignantes et/ou sociales, les Commissions Départementales de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH), les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) les Cap Emploi, les Missions Locales, l'Agence Nationale Pour l'Emploi. 9 ans du parcours de I., par exemple, se sont déroulés dans un centre de soins psychothérapeutiques qui associe hôpital de jour et lieu d'hébergement. Vers la fin de cette période il a fait des essais pour travailler et vivre seul, mais ensuite il a dû quitter ce centre pour rejoindre une structure plus adaptée à son niveau d'autonomie et à son envie d'activité.

(LOC I) : oui donc j'ai essayé de chercher un travail je ne l'ai pas trouvé, j'ai essayé de faire une formation quand ça allait beaucoup mieux

(LOC ENQ) : oui

(LOC I) : et en fait, comment dire, ça a pas marché tout ça, j'ai essayé de vivre dans un appartement tout seul et là j'ai fait une petite dépression

(LOC ENQ) : à \*\*\* ?

(LOC I) : oui à \*\*\*, donc je suis retourné à l'hôpital de jour et donc à l'hôpital de jour, là on a vu que je ne pouvais pas vivre tout seul, donc c'était pas la peine d'essayer mais je ne pouvais pas, voilà c'est là qu'on a trouvé le nom d'une structure, enfin eux ils connaissant le nom d'une structure à Paris, à \*\*\*, qui s'appelait le Centre \*\*\*

(LOC ENQ) : c'était quel genre de structure ?

(LOC I) : un hôpital de jour aussi mais qui faisant de ma réinsertion sociale et professionnelle et donc ils nous préparent à travailler et au même temps on se soigne en travaillant. En fait c'est un mi-chemin entre le soin et le travail, en fait

(LOC ENQ) : et donc vous avez accepté ?

(LOC I) : ah oui j'avais très envie même, parce que j'avais l'impression que j'allais apprendre des choses, des techniques de travail et tout ça.

[...]

(LOC ENQ) : Donc vous avez obtenu le logement et au même temps vous êtes allé à l'hôpital de jour

(LOC I) : Voilà, mais c'était plus un centre de réadaptation, pour moi ce n'était pas un hôpital de jour, c'était plus un centre de travail, un peu comme un CAT<sup>9</sup>, mais en même temps c'était comme un hôpital de jour, c'était plus cool que le vrai travail.

La tension entre réversibilité et irréversibilité dans un parcours de soins peut être abordée même à partir de ceux qui, au moment de l'entretien, ne travaillent pas pour différentes raisons. Voici, à ce propos, les exemples de B. et L. pour qui l'opposition entre le soin et le travail renvoie à la relation entre réversibilité et irréversibilité de la délégation de soins.

(LOC B) : Il y a un organisme, je ne me souviens même plus son nom, qui n'était pas loin de \*\*\*\* c'était pour euh m'aider à entrer dans les CAT. Déjà c'est bizarre mais enfin j'étais motivé j'y suis allé. Je vous dis, je voulais bosser à mi-temps, qu'est-ce qu'ils me répondent ? si je ne peux que travailler à mi-temps, qu'est-ce qu'ils me répondent ? « euh continuez votre traitement, soignez-vous et on pourrait en parler ». Bon, je n'ai rien dit parce que je suis poli mais euh franchement ça veut dire quoi ça ? c'est ma faute ? je suis trop malade pour travailler ? Je sais que je peux rendre des services, que je pourrais travailler quelque part

(LOC ENQ) : à mi-temps

(LOC B) : à mi-temps, je sais que je peux le faire, mais euh aller chercher du travail par le pôle emploi actuellement, je vous souhaite du plaisir

(LOC ENQ) : Il y a des gens qui n'ont pas de problèmes et travaillent à mi-temps, je ne vois pas pourquoi des gens (/)

(LOC B) : Ah je ne sais pas... en France, moi je ne sais pas. À moi cette personne m'a dit « le mi-temps ça n'existe pas... Soignez-vous ». C'est le chat qui se mord la queue quoi... le chat qui se mord la queue.

---

<sup>9</sup> Centre d'Aide par le Travail (CAT) est l'ancienne appellation des ESAT.

Ces données langagières comme les autres mobilisées dans tous les entretiens, ne sont pas, dans le cadre de ce travail, d'abord des faits mais des arguments. Le travail à mi-temps, par exemple, est une option possible dans les ESAT. Mais ce qui intéresse ici, c'est que cette question est portée comme un argument pour inscrire un bout de parcours dans un régime qui s'approche de l'irréversibilité. Quelle expression permet de saisir cette idée ? Sans doute celle du « chat qui se mord la queue » car elle mobilise, d'un côté, l'action de *tourner en rond*, de l'autre, l'attente sans trop d'espoirs de quelque chose qui puisse mettre fin à ce mouvement répétitif. « tant que vous n'êtes pas guéri, vous ne pouvez pas travailler » : cette condition est difficilement envisageable dans l'expérience de B.

La recherche de travail de L. est dans ce même régime. Cette femme de 42 ans est maquilleuse professionnelle et, après plusieurs hospitalisations, elle n'arrive pas à redémarrer son activité.

(LOC ENQ) : donc vous faites un lien être le travail et la psychiatrie ?

(LOC L) : ah oui... bah je fais un lien entre ma scolarité, mon travail... parce que je, je ne vous ai pas tout dit, quand je travaillais en intérim j'ai tapé très gravement une cliente et euh du coup c'est marqué dans mon fichier et ils veulent plus me mettre en contact avec la clientèle, donc je suis condamnée à travailler... soit avec des morts (rire), soit avec des animaux (rire)

(LOC ENQ) : donc il y a un fichier ?

(LOC L) : oui... c'est l'organisme qui s'occupe des travailleurs handicapés, ou sinon ça s'appelle le \*\*\*, ça a deux noms

(LOC ENQ) : mais est-ce que ça a un lien avec l'établissement où nous nous trouvons ?

(LOC L) : non

(LOC ENQ) : vous êtes arrivée ici par quel moyen ?

(LOC L) : je suis arrivée ici par l'ANPE, euh ils n'arrivaient pas à me faire travailler, à chaque fois c'étaient des échecs des échecs, c'est là que j'étais mise en « travailleur handicapé » et ils se sont dit « on va la reclasser » en parlant de moi et euh, en fait ils m'ont envoyée au centre \*\*\*, qui est un organisme privée qui fait des bilans de compétences, des orientations, enfin un peu de tout et en fait moi je devais faire un bilan de compétences, c'est-à-dire vers quel métier je pouvais reprendre

(LOC ENQ) : mais c'est un organisme qui s'adresse juste aux handicapés ou à tout le monde ?

(LOC L) : non pour tout le monde... et moi, ils ont vu à la première séance que j'étais très très mal, donc en fait ce qu'ils ont fait ils ont appelé l'organisme et ils ont dit « bah voilà, on ne va pas lui faire un bilan de compétences mais » - je ne me souviens pas comment ça s'appelle-, « mais un bilan psychiatrique » pas psychiatrique mais un peu psychiatrique. Donc il y avait des tests, des rendez-vous avec le psychiatre, avec les psychologues deux, deux différents, et des tests psychologiques, psychiatriques de base. Et c'est là qu'ils ont dit « oui, elle est vraiment handicapée quoi, celle-là » (rire)

et de là est découlé, ils m'ont dit « allez au centre SAVS<sup>10</sup> », c'est là qui m'ont envoyée ici

(LOC ENQ) : et vous avez fait des lettres, des demandes, le psychiatre a dû faire des demandes (/)

(LOC L) : non non, j'ai moi-même fait un courrier, voilà je me présente et tout, et puis après j'ai dit euh euh le centre \*\*\* m'a dit de faire appel à vos services au final.

Cet échange démontre comment à partir du volet « travail », L. aborde plusieurs éléments de sa trajectoire dans un régime d'irréversibilité. D'abord, en ce qui concerne sa première activité professionnelle de maquilleuse, elle est « condamnée » à ne plus pouvoir l'exercer : que le « marquage » dans son dossier soit un fait ou une crainte, elle le porte comme un argument de cette irréversibilité. Ensuite, la répétition des échecs concernant la reprise de travail, l'amènent à rentrer dans une catégorie administrative, celle de « travailleur handicapé » dont généralement on ne sort pas. Enfin, l'enchaînement des tests auxquels elle se soumet, fournissent valeur de preuve pour établir que L. est « vraiment handicapée » et, par conséquent, il faut élargir la liste de spécialistes qui s'en occupent : c'est l'envoi au SAVS.

### 6.3.3 Se loger

Au chapitre V, il a été question de montrer comment, vers les années 1990, dans la question psychiatrique s'installe un intérêt vers des populations précaires en ce qui concerne les conditions d'hébergement. Cette question et celle, plus générale, de l'accès au logement émergent dans les entretiens et fournissent une dernière entrée pour analyser le continuum entre irréversibilité et réversibilité de la délégation de soins. Contrairement à ce que le sens commun peut suggérer, l'extrême de la réversibilité de la délégation de soins ne correspond pas forcément à la stabilité d'un logement. Ce qui déplace la délégation de soins vers des degrés d'irréversibilité ou de réversibilité ce sont plutôt les circonstances d'attribution et le type de logement que la personne s'attend. Si l'on se limite aux solutions institutionnelles<sup>11</sup>, les exemples ici étudiés fournissent trois cas de figure sur cette question : le logement thérapeutique, la maison-relais et la résidence-accueil.

---

<sup>10</sup> Service d'Accompagnement à la vie sociale. Souvent géré par des associations reconnues d'utilité publique, ce type de service accompagne les handicapés psychiques dans une « socialisation pour amorcer un processus d'insertion ». 4 des 12 personnes qu'on a interviewées fréquentent les activités d'un SAVS en région parisienne. De manière générale, ces services s'adressent à des personnes qui sont pour la plupart déjà engagées dans un parcours de soin en CMP ou en privé. La demande de prise en charge peut venir de la CDAPH, de la personne elle-même, de sa famille, de son référent médical. Les interventions concernent l'organisation de la vie quotidienne, le logement, la gestion budgétaire, les déplacements, les soins médicaux, les démarches administratives.

<sup>11</sup> Parmi les douze personnes interviewées, quatre vivaient en appartement au moment de l'entretien.

Le logement thérapeutique est une des solutions que le travail politique a mis en place pour loger des patients dont le passé en institution psychiatrique est souvent important. L'appartement est situé dans la ville et souvent loué par l'établissement psychiatrique de référence pour une durée limitée. Puisque c'est une alternative à l'hospitalisation, la présence de personnel soignant est assurée de façon importante. C'est ce dernier point qui est mobilisé de manière critique par B. À partir de son expérience, il souligne une association entre cette solution et un rapprochement vers l'irréversibilité de la délégation.

(LOC ENQ) : vous êtes resté en hôpital à peu près combien de temps ?

(LOC B) : 7 mois, mais pas parce que je... au bout de 3 mois j'étais guéri... parce que ils voulaient pas que je retourne chez mes parents.

(LOC ENQ) : qui ?

(LOC B) : les médecins, euh au bout de... J'attendais un logement thérapeutique. Je ne sais pas si vous savez qu'est-ce que ça veut dire, si ?

(LOC ENQ) : oui.

(LOC B) : ok, donc j'attendais un logement thérapeutique... et donc j'ai fait 4 mois en plus, et 7 mois ça commence à faire long, c'est moi qui vous le dis (rire).

[...]

(LOC B) : au bout de 6 mois, c'était pas, ça n'allait pas, je ne m'investissais pas dans la thérapie

(LOC ENQ) : mais il y avait d'autres gens dans le logement ?

(LOC B) : non j'étais seul, j'étais seul.

(LOC ENQ) : à Paris ? (LOC B) : oui dans le 12e, mais je supportais mal que les infirmiers viennent chez moi.

(LOC ENQ) : ok, et ça se passait comment ?

(LOC B) : toutes les semaines, elles venaient à la maison et...

(LOC ENQ) : toutes les semaines, et pour faire quoi en fait ?

(LOC B) : pour surveiller en fait. C'est pour surveiller. Enfin, moi j'ai toujours eu une approche un peu paranoïaque des choses, mais enfin c'est comme ça que je les perçois. Certains vont dire « oui, c'est positif », ceci cela, mais moi je l'ai vécu... Normalement c'est toutes les semaines qu'elles devaient visiter, j'avais réussi à négocier tous les 15 jours. Enfin, je vivais mal, je vivais mal, j'étais seul, mon frère qui devait m'aider mais il m'aidait pas.

[...]

(LOC B) Au bout de 6 mois j'ai arrêté. J'ai vécu chez un copain et après je suis revenu chez mes parents.

Tout en gardant sa compétence à relativiser les choses (« certains vont dire ») et à négocier les visites de spécialistes dans le logement, B. n'a pas de doutes sur le résultat de cette expérience : le logement thérapeutique a rapproché un peu sa délégation vers l'irréversibilité. Ce mouvement est visible par deux éléments non voulus : une prolongation d'un séjour en hôpital psychiatrique et un accroissement de son approche un peu paranoïaque des choses déclenché par la présence des professionnels chez lui.



Contrairement au premier, le second cas de figure concerne une solution de logement qui a augmenté des niveaux de réversibilité de la délégation chez les personnes interviewées : c'est la Maison-Relais où les résidents peuvent vivre sans limite de durée. Un couple d'hôtes assure, par sa présence en journée, l'animation et la régulation de la vie quotidienne. H. bénéficie de cette solution dans une maison gérée par une fondation, en région parisienne. Si l'hôpital psychiatrique est utilisé dans le cas précédent comme lieu d'attente d'un logement thérapeutique, pour H, c'est plutôt un point de passage rapide, dans la longue recherche d'un logement. Le passage à l'hôpital, pour H., se fait dans des circonstances complètement différentes de l'hospitalisation classique. En termes de délégation de soins, la signification de ce passage pourrait se résumer ainsi : « s'en remettre à des spécialistes aujourd'hui, pour le faire moins demain ». H., en effet, n'ayant pas de logement arrive à négocier cette admission en hôpital psychiatrique afin de gagner du temps pour trouver un hôtel où aller.

(LOC ENQ) : donc vous étiez chez un ami, et après vous ne pouviez plus (/)

(LOC H) : je ne pouvais plus parce que je ne pouvais pas respecter sa vie et rester plus d'un an donc il fallait aller ailleurs. Donc là je suis allée à l'hôpital psychiatrique parce que à l'hôpital psychiatrique on n'a pas de délais d'attente, on peut si je veux y aller, je peux rentrer ce soir, tandis que dans les cliniques (/)

(LOC ENQ) : et ça c'était où ?

(LOC H) : toujours à \*\*\*

(LOC ENQ) : donc ça c'était la deuxième hospitalisation ?

(LOC H) : oui la deuxième fois. J'ai expliqué ma situation, là j'étais pas du tout dépressive, le psychiatre m'a dit « je ne vous garde qu'un jour maximum, il faut que vous alliez trouver un logement »

(LOC ENQ) : donc vous êtes allée à l'hôpital très clairement pour un problème de logement et pas pour un problème de santé ?

(LOC H) : oui mais enfin je n'étais pas non plus très en forme pour travailler, parce que quand on n'a pas de logement ce n'est pas facile. Alors donc j'ai fait des numéros d'hôtel de l'hôpital

(LOC ENQ) : donc lors de cette hospitalisation vous vous êtes mobilisée pour chercher quelque chose ?

(LOC H) : oui c'est ça, j'ai trouvé un hôtel, qui était à \*\*\* où j'ai passé 5 ans et c'était le moment le plus, le plus... pénible de ma vie, parce que je ne pouvais pas avancer, je ne pouvais pas bien me soigner parce que les conditions de vie sont très précaires, ... autrement j'aurais pu tomber encore plus bas, et ne plus avoir d'hôtel, d'hôtel plus en avoir et dans ce cas-là c'est la tente au bord du canal Saint-Martin ou des choses comme ça, et là c'est très très... et quand on est descendu bas, c'est très difficile de remonter.

Malgré ses demandes au moment de l'entretien H. n'a pas reçu de logement social, c'est ça son objectif. Car comme l'appartement thérapeutique, la Maison-Relais exige des contraintes, l'interdiction d'héberger quelqu'un chez soi et la participation à des moments conviviaux, par exemple. En raisons de ces contraintes, d'un côté H. se dit « satisfaite à un

degré moyen », de l'autre, elle reconnaît que cette solution d'hébergement lui permet de récupérer des degrés d'autonomie qu'elle n'avait pas dans sa situation précédente. Elle peut limiter sa délégation de soins tant avec l'assistante sociale et les infirmières du CMP que avec la clinique privée où H. va régulièrement. Cette autonomie se fait également parce que les résidents de cette Maison bénéficient des activités des moniteurs et de travailleurs sociaux du Service d'Accompagnement à la Vie Sociale.

(LOC H) : là si je fais des projets de société ou de travail, c'est parce que je suis ici, à l'hôtel je ne pouvais pas faire ça, parce qu'il y a aussi le service d'accompagnement à la vie sociale qui est bien pour avancer dans les projets administratifs, les documents administratifs, les démarches.

Un autre cas, celui de G., permet de creuser encore un peu cette première solution. Il ne vise pas, comme H., à obtenir un logement social, il est complètement satisfait de la Maison-Relais.

(LOC ENQ) : parmi tous les professionnels que vous avez croisé, c'est qui qui vous a le plus aidé à votre avis, les psychiatres, les psychologues, les éducateurs ?

(LOC G) : plutôt l'assistante sociale, voilà, l'assistante sociale parce que... qui a défini le lieu où j'habite, qui m'a fait trouver le lieu où j'habite maintenant ici, ici, parce que je suis tranquille, protégé, je ne suis plus dans le froid comme certains galèrent toute la journée, dans le froid et tout ça, je suis tombé malade et tout ça quoi, l'assistante sociale a joué un bon rôle, et le psychiatre aussi, il a trouvé le traitement qui m'allait quoi, au CMP.

[...]

Moi j'ai eu de la chance, j'ai eu de la chance d'arriver là où je suis, la chance aussi a joué un rôle, je suis satisfait aujourd'hui

(LOC ENQ) : et si vous pouviez changer quelque chose ? plus d'hôpitaux, de CMP ?

(LOC G) : moins d'hôpitaux je dirais, pas plus, trop d'hôpitaux c'est pas bien, parce que il y a des gens qui aiment bien, qui sont à \*\*\*, tous les mois ils ressortent, ils restent deux mois après ils ressortaient, ils reviennent, un mois deux mois, c'est pas une vie quoi. Il y a avait quelqu'un qui habitait ici, il avait son logement ici, mais lui comme il était jeune il avait 27 ans, il habitait ici, mais il a déconné, il a déconné, il a commencé à fumer, des trucs comme ça, il s'est retrouvé à l'hôpital, et son logement ici il n'y a avait plus, il est allé à \*\*\* là où j'étais hospitalisé, il est là-bas en hospitalisation, il est encore jeune mais il n'a pas encore fait le point quoi, je lui ai déjà parlé mais bon.

Les cas de D., F. et de H. permettent d'aborder la troisième solution d'hébergement : la Résidence Accueil, offre la possibilité d'habiter un logement indépendant au sein d'une maison à caractère convivial. Toutes les trois habitent dans une résidence gérée par une fondation, en région parisienne.

(LOC D) : Auparavant, j'ai toujours habité chez mes parents, et là je vis dans un studio de 30 mètres carrés, j'ai, j'ai passé des entretiens pour pouvoir intégrer cette résidence parce qu'il y avait beaucoup de demandeurs et peu de places et...

(LOC ENQ) : qui vous a orienté à cette résidence ?

(LOC D) : c'est moi toute seule, j'ai vu une pub, enfin une pub, oui une pub dans le magazine de ma ville et il y avait en construction une résidence pour personnes handicapées autonomes. Et je me suis dit « tiens ! ça peut être intéressant »... et je me suis adressée à la fondation \*\*\*, et je leur ai dit que je travaillais en ESAT je me suis présentée et ils m'ont dit que, mon profil était *a priori*, était tout à fait adéquat et donc je donc me suis adressée à eux j'ai passé les entretiens j'ai rempli un dossier de candidature, j'étais acceptée et donc je vis dans un studio de 30 mètres carrés depuis le mois de janvier.

[...]

(LOC ENQ) : et dans la résidence, comment ça marche la vie quotidienne, vous êtes totalement autonomes ?

(LOC D) : on est complètement autonomes les uns et les autres, la majeure partie travaille en, en ESAT, et il y a qui ne travaillent pas du tout euh euh, on a euh vraiment notre propre studio, on peut recevoir qui on veut quand on veut euh une maitresse de maison \*\*\* et un maître de maison \*\*\*

[...]

(LOC ENQ) : donc même, par exemple, les repas, chacun s'organise comme il veut ?

(LOC D) : ah oui oui, on est... il y simplement des des euh des activités qui sont organisées au sein de la résidence vous êtes libres d'y participer ou pas, par exemple il y a un atelier cuisine un atelier cinéma euh

(LOC ENQ) : donc il y a des espace en commun ? X : oui il y a des espaces en commun, à chaque étage vous avez une, une, euh, sorte de salle de lecture, une bibliothèque, et une cuisine au cas où vous auriez besoin plus de place, une cuisine avec une grande salle au cas où vous aurait plus de place que vous n'avez dans votre studio parce que vous recevez du monde. Mais on est tous suivis par un psychiatre

(LOC ENQ) : donc ça c'est une condition (/)

(LOC D) : oui oui c'est impératif, et on a tous la reconnaissance d'adulte handicapé, alors plus ou moins, soit c'est plus de 80 % soit c'est entre 50 % et 79 % ça dépend, ça dépend. Il y en avait un qui travaillait avant dans mon ESAT et que maintenant travaille en milieu ordinaire ; mais il est dans la résidence avec nous (silence), mais il a toujours la reconnaissance AH et il est au sein de la résidence ; mais vous en avez qui ne travaillent pas du tout, parce que parce que.

Le contrepoids à la « liberté » et à l'« autonomie » fournies par cette solution de logement c'est quand même le maintien d'un certain degré d'irréversibilité de la délégation qui résulte des éléments suivants : le suivi de spécialistes privés ou d'un CMP, la reconnaissance d'un statut généralement irréversible, celui d'« Adulte Handicapé », et le bénéfice d'une pension qui permet de payer le loyer. Mais plus que dans les deux autres solutions, la Résidence Accueil présente une sorte d'équilibre entre des degrés de réversibilité et irréversibilité de la délégation soins. Cet équilibre permet à ces personnes de décrire un cadre de vie qui ne renvoie pas du tout à une institution médicalisée tout en restant dans des délégations de soins très exigeantes (aux niveaux des traitements biologiques et

psychologiques). Bref, le suivi reste une condition *sine qua non* pour bénéficier de ce type de solution, mais il n'est plus au premier plan.

### Conclusion

L'attention aux marqueurs et à d'autres connecteurs a été un aspect incontournable pour modéliser la délégation de soins dans une dynamique de réversibilité et irréversibilité. Tout en respectant ce que disent ses protagonistes et les contraintes institutionnelles, l'analyse de cette dynamique permet de parvenir à une sorte d'échelle graduée entre le bénéficiaire-non demandeur et le demandeur-bénéficiaire. Ce continuum permet également d'introduire deux dimensions de la temporalité dans la délégation de soins : d'un côté, le temps historique, car les passages entre ces échelles ne peuvent que se faire en accumulant des expériences dans la biographie des personnes ; de l'autre, le temps modélisé par les acteurs eux-mêmes, qui leur permet de caractériser les épreuves qui ont traversé, d'insérer des événements dans des séries, de raconter des bifurcations.

Des outils de catégorisations multiples peuvent sélectionner des agencements d'épreuves, de qualités et de marqueurs temporels, que les personnes interviewées ont utilisés pour rendre compte de leurs expériences.

Exemples d'énoncés	Degré d'irréversibilité	Degré de réversibilité	Modes d'existence du passé, du présent et du futur
<b>je suis condamnée</b> à travailler... soit avec des morts (rire), soit avec des animaux (rire)	+++++		Futur préétabli pour l'éternité
moi <b>je suis bipolaire</b> , j'ai un traitement <b>à vie</b>	++++		Diagnostic et traitement irréversible
quand vous êtes resté <b>longtemps ça marque</b>	+++		Immobilité institutionnelle et marque indélébile
<b>au bout d'un mois</b> , j'ai dit ce <b>n'est pas possible</b>		+	Prise sur une série du passé
<b>je me suis dit</b> « je vais essayer »		++	Futur en préparation
<b>Quand je sentais</b> que ça n'allait pas bien, j'allais moi-même au centre d'accueil de crise		+++	Prise et action sur le présent
<b>je savais que j'allais péter un câble</b> , donc j'avais demandé à être surveillé de plus près		+++++	Anticipation du futur et action sur le présent

Ces deux indices permettent d'étaler un continuum entre réversibilité et irréversibilité. Même si à partir d'un petit corpus, leur définition s'est faite à l'aide du logiciel Prospéro qui a permis de croiser : des marqueurs d'irréversibilité comme « à vie », « condamné à », « ça marque » ; des marqueurs temporels comme « longtemps » « au bout d'un mois », « quand je sentais » ; et des épreuves qui portent sur la position du locuteur sur la nature de ce qui est en train de se passer : « je savais », « j'ai dit », « je me suis dit », « j'ai préféré », « j'avais demandé ». Loin d'établir des catégorisations qui visent à couvrir tous les cas d'espèces, l'attention sur les formes d'usage de ces marqueurs permet de comprendre l'expérience telle qu'elle a été mise en mots par des protagonistes de la délégation de soins, sans évacuer de l'analyse ni la présence des institutions ni les formes de la temporalité.



## Chapitre VII. Dire l'expérience du premier recours

### Introduction

En matière de recours aux soins, on opère un grand partage entre ceux qui sont malades et ceux qui ne le sont pas. Cette opération de triage est socialement très avantageuse dans une société où on doit de plus en plus délimiter des situations menaçantes. Elle ne peut s'effectuer qu'au cours d'une étape centrale du recours aux soins : les premières rencontres entre un savoir médical et un individu supposé malade. La psychiatrie en tant que pratique ne fait pas d'exception dans ce partage. Après avoir focalisé son attention et mené son enquête, le spécialiste établit un diagnostic et sanctionne : ainsi un individu est soit malade soit non malade. Or, enquêter sur la délégation de soins à partir du triage effectué par le savoir spécialisé, implique tronquer l'objet d'étude de tout autre forme de partage effectué par les non-spécialistes au cours de leur activité ordinaire. Si l'on suit l'approche pragmatique, on ne peut pas négliger que, comme les spécialistes les non-spécialistes doutent, observent, délimitent, s'inquiètent, collectent, calculent, puisent dans leur mémoire, bref enquêtent pour aboutir à un diagnostic informel sur des situations qui les dérangent<sup>1</sup>. Pourquoi donc éliminer d'une enquête ce partage qui a ses racines dans la vie ordinaire des acteurs ? De plus, une autre question doit se poser si l'on prend en compte la contrainte du temps dans la délégation de soins. Un diagnostic informel précède toujours un diagnostic spécialisé, on met en place d'abord le premier et, ensuite, le second<sup>2</sup>. Or, établir le triage entre malades et non malades comme le point de départ d'une enquête sur les manières de s'adresser à des spécialistes, implique faire de un tour de passe-passe à propos de la chronologie de ces deux moments. Car s'appuyer sur une classification spécialisée pour enquêter un moment où dans la vie des acteurs cette classification n'avait pas été encore établie, veut dire minimiser l'écart temporel entre premières perceptions d'un trouble et l'arrivée chez un spécialiste. Ces questions peuvent ainsi se reformuler : comment enquêter sur l'expérience de la délégation de soins

---

<sup>1</sup> Ce sont, en effet, toutes ces actions qui permettent la constitution d'un « public » selon John Dewey (2010).

<sup>2</sup> Sauf, bien entendu, dans les cas d'accidents et lorsque la découverte de la maladie se fait par hasard.

lorsque le partage entre malade et non malade n'a pas été encore sanctionné ? Auprès de qui chercher des informations ?

Afin d'éviter une démarche fondée sur un partage préalablement tranché, un même questionnaire a été adressé à des patients et à des proches, dans le cadre de l'étude *Domanda sociale di Salute Mentale* (Demande Sociale de Santé Mentale) (DSSM). Afin de sélectionner les répondants à ce questionnaire, le seul critère de recrutement établi était celui d'avoir éprouvé une expérience : celle de s'adresser à des services psychiatriques publics pour soi-même et/ou pour un proche. Ainsi, en faisant appel à la mémoire des protagonistes de cette expérience, l'enquête présentée dans ce chapitre rend compte des manières de raconter la fabrication informelle d'un premier contact avec un service public. Sollicitées par le chercheur à partir de trois questions ouvertes, les réponses de ces acteurs visent, plus en particulier, à reconstruire les circonstances, les motivations et les conceptions de santé mentale qui sous-tendent ce processus<sup>3</sup>.

### 7.1 L'enquête *Domanda Sociale di Salute Mentale* (DSSM) : éléments d'ordre général

L'enquête DSSM s'est déroulée en Italie, entre les mois d'octobre 2010 et juin 2011, par le biais d'un questionnaire électronique créé spécialement pour l'occasion<sup>4</sup>. La même version de ce questionnaire a été disponible en papier<sup>5</sup>, pour les personnes qui n'avaient pas d'accès à internet. Dans les deux cas, le questionnaire a été *auto-administré*. Avant de rentrer dans la présentation de certains des résultats issus de cet outil, il est important de souligner son cadre méthodologique et ses objectifs.

La conception et l'analyse de ce questionnaire ne s'inscrivaient ni dans une démarche quantitative ni dans une logique d'enquête qu'on appelle, en Italie, « *ricerca standard* »<sup>6</sup>. Au risque d'aller trop vite, on peut dire que la possibilité de résumer les données d'une enquête dans une matrice lignes/colonnes caractérise la « *ricerca standard* » alors que ce critère n'est pas satisfait dans la « *ricerca non standard* ». Dans ce partage devenu courant dans la

---

<sup>3</sup> La taille du corpus composé par les réponses aux questions ouvertes est de 164341 octets soit 77 pages.

<sup>4</sup> Pour les questionnaires électroniques, il existe de plus en plus de logiciels permettant de les construire, de les éditer, de les mettre en ligne tout en assurant l'anonymat des répondants. Pour cette étude, on a utilisé LimeSurvey.

<sup>5</sup> Le questionnaire en italien et sa traduction en français se trouvent en annexe.

<sup>6</sup> Les termes de « *standard* » et « *non standard* » sont dues à Alberto Marradi, professeur de méthodologie de la recherche sociale à l'université de Florence. Sur ce débat entre recherche *standard* et *non standard*, voir Nigris (2003).



sociologie italienne, le sociologue Marco Caselli (2005) classe les méthodes et les techniques de collecte des données ainsi : le questionnaire, l'analyse secondaire de données statistiques, la situation expérimentale en laboratoire et la grille d'observation de comportements, dans la « *ricerca standard* » ; l'entretien semi-directif et biographique, l'analyse de documents et le *focus groupe*, dans la « *ricerca non standard* ». Les avantages et les défauts de ces deux types d'enquête se résument souvent à exprimer les caractéristiques exclusives de l'un et de l'autre : en particulier, la généralisation des résultats est exclusive de la recherche « *standard* », et l'analyse des détails et des nuances de l'objet d'étude ne concerne que la recherche « *non standard* » (p. 37-38). Si on doit décider où placer entre ces deux catégories l'outil qu'on a envisagé pour DSSM, on peut sans doute le ranger dans les méthodes « *non standard* » pour les raisons suivantes. Tout d'abord, l'outil ne visait ni à mesurer des attitudes ou des motivations ni à valider des hypothèses préalablement fixées. Au contraire, il devait permettre la compréhension des arguments que les individus avancent afin de rendre compte et justifier leur propre conduite dans la délégation de soins. Ensuite, vu le caractère exploratoire de toute compréhension, un outil permettant de collecter des données à exploiter par des méthodes quantitatives n'avait aucune justification méthodologique. Si dans le questionnaire des questions fermées ne manquent pas, ce sont plutôt celles ouvertes qui ont permis de mener une analyse sur le point de vue des patients et proches. Enfin, le fait d'utiliser un questionnaire électronique permettait de contacter à distance plusieurs personnes résidentes en régions différentes. Cet outil permettait donc de prendre en compte en partie la grande variabilité caractérisant les Régions italiennes. Le seul point préalable à l'enquête était celui de viser par cet outil tant des patients que des proches. Cela a permis de ne pas réduire les figures du bénéficiaire et du demandeur aux statuts de patient et de non patient. C'est pourquoi le même questionnaire a été conçu tant pour des patients que pour des proches<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> Le choix d'un questionnaire électronique repose également sur plusieurs négociations entre objectifs d'enquête et personnes enquêtées. Lors de plusieurs entretiens avec le responsable de la principale association romaine de proches d'utilisateurs, la proposition de mener des entretiens n'était pas toujours bien vue : question d'anonymat, répondait-on. C'est ainsi qu'on a envisagé un outil qui pouvait satisfaire à la fois les contraintes imposées par les objectifs de l'enquête : exploration et description, et l'exigence d'anonymat qui bloquait l'accès au terrain d'enquête. À cela, il faut ajouter que les personnes contactées à Rome n'avaient jamais eu des rapports avec par des acteurs de la recherche sociale. Elles ont plutôt l'habitude d'être sollicitées par des psychiatres ou des firmes pharmaceutiques. Plusieurs manuels de recherche qualitative traitent la place de l'ordinateur dans un chapitre spécial. Voir, à titre d'exemple, Gianturco (2005 : 132 - 143).

### **7.1.1 S'adresser pour soi-même et/ou pour un proche à un service de santé mentale public : définition de la population d'enquête**

Après l'étape de conception et de révision du questionnaire, le point de départ de l'enquête a été de constituer une liste d'adresses électroniques à contacter. Trois sites internet d'acteurs importants dans le panorama des associations de proches et de patients de la santé mentale ont été pris en compte. Le premier, celui de l'*Unione Nazionale delle Associazioni per la Salute Mentale* (UNASAM). L'UNASAM est une fédération d'associations qui s'est formalisée en 1993. Composée de 150 associations dont certaines opèrent depuis les années 1960, elle réunit 15 000 familles, en 19 régions d'Italie<sup>8</sup>. Cette fédération a été une source importante dans la constitution de la liste des personnes à contacter. Le deuxième site consulté est celui de l'*Associazione per la riforma dell'assistenza psichiatrica* (ARAP). L'ARAP est une association de « proches et amis de malades mentaux » fondée à Rome en 1981<sup>9</sup> et active en six régions. Dès sa fondation, l'objectif de l'ARAP est de proposer la révision de la loi n° 180. Sur le site internet de l'association, cette loi est définie comme « une norme aberrante » car depuis sa promulgation la prise en charge du patient serait déléguée principalement à la famille. Le troisième site consulté a été celui de l'association *Le Parole Ritrovate* né à Trente en 1993 et active en 14 régions. Différemment des deux premières, cette association est composée par une mixité de catégories sociales : « usagers, proches, opérateurs, administrateurs, citoyens »<sup>10</sup>. Une liste de 360 adresses électroniques a été dressée à la suite de ce premier travail de recensement national d'associations<sup>11</sup>. Elle ne permettait pourtant pas de cibler les acteurs qu'on cherchait à contacter : « des personnes qui se sont adressées ou qui s'adressent pour soi-même ou pour un proche à un service de santé mentale ». Triée en fonction de la région d'implantation de l'association, chaque adresse électronique permettait aisément de comprendre que cette liste contenait autant d'adresses d'individus que de collectifs. Ainsi, il fallait mieux cibler des individus qui satisfaisaient au critère sélectif de recrutement à l'enquête. C'est pourquoi on a envisagé deux types d'invitation : la première, de participation à l'enquête, la seconde de collaboration. On peut

---

<sup>8</sup> Le modèle d'organisation en fédération, rend l'UNASAM différente de son équivalent français, l'Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM) qui est une association. <http://www.unasam.it/index.php>

<sup>9</sup> <http://www.arap.it/>

<sup>10</sup> <http://www.leparoleritrovate.com/>

<sup>11</sup> D'autres sources électroniques ont été mobilisées au cours de cette étape, comme le moteur de recherche *Google* et les registres régionaux des associations de bénévolat et de promotion sociale. Ne pouvant pas les contacter par voie électronique, toutes les associations qui n'affichaient une adresse électronique ont été exclues de cette liste.

représenter dans le graphique 12 les destinations des invitations envoyées, triées par aire géographique.



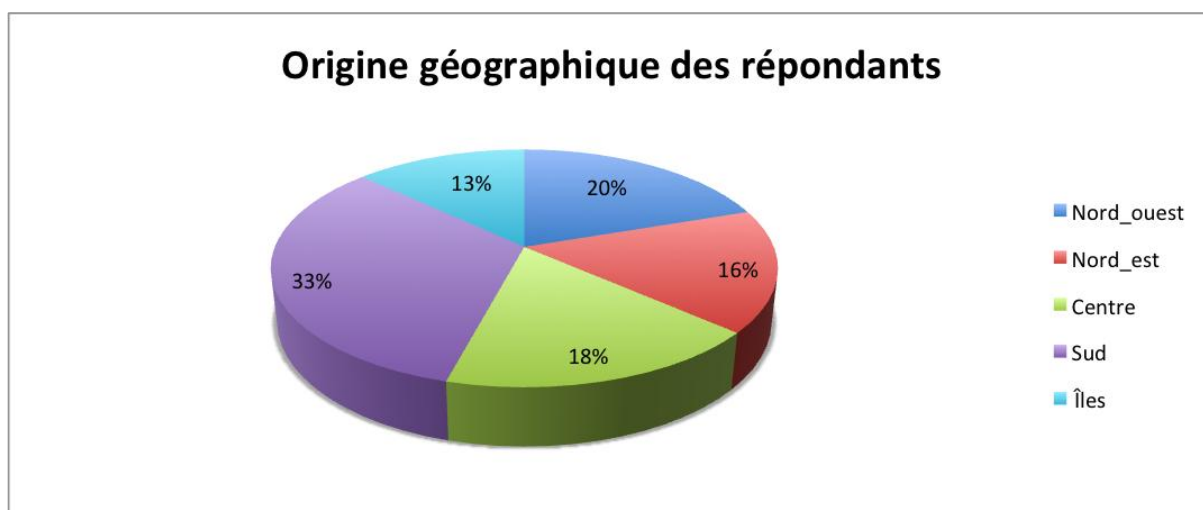
**Graphique 12. Destinations géographiques des invitations envoyées**

Que le nombre d'invitations envoyées au Nord d'Italie (70 % environ) soit supérieur à celles envoyées au Sud, peut dépendre de plusieurs facteurs dont on ne peut pas vraiment estimer le poids. En effet, aucune enquête nationale sur les associations d'usagers et de proches n'a été menée en Italie. Il se peut que cette différence représente un écart effectif de la présence géographique d'associations, mais cet écart peut dépendre également du fait que dans cette sélection on n'a considéré que les associations repérées sur internet et ayant une adresse mail. Dans tous les cas, cet écart est moins net lorsqu'on prend en compte l'origine géographique des personnes qui ont répondu au questionnaire.

### **7.1.2 Collaborer ou participer à l'enquête : qui a répondu à DSSM ?**

Un premier contact a eu lieu afin de présenter l'enquête et les deux options de l'invitation : soit collaborer, soit participer à l'étude. La participation visait à solliciter les personnes qui se sentaient concernées - des usagers et des ex-usagers de services des DSM, et des proches qui ont participé au recours aux soins - à répondre au questionnaire. La collaboration visait plutôt des responsables d'associations, des spécialistes et des volontaires. Ainsi, on a incité des personnes qui ne se sentaient pas concernées par le questionnaire, à le diffuser auprès de celles qui potentiellement pouvaient l'être. Cela, par le moyen de deux options : soit fournir des adresses électroniques de ces personnes auxquelles envoyer dans un deuxième temps les questionnaires, soit demander des questionnaires en papier afin de les remplir, les rassembler et les renvoyer à notre adresse professionnelle. Entre 2010 et 2011, 85

personnes ont répondu au questionnaire en ligne et 107 ont envoyé un questionnaire-papier rempli, soit 192 au total<sup>12</sup>.



**Graphique 13. Origine géographique des répondants au questionnaire<sup>13</sup>**

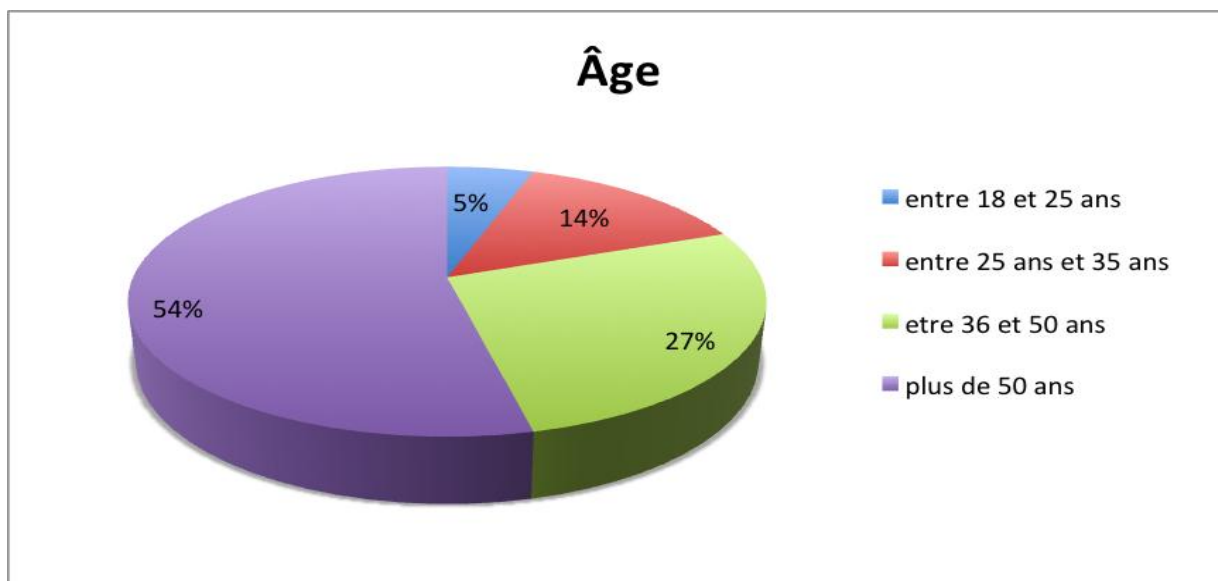
Contrairement à la distribution géographique des destinations des invitations, celle concernant les personnes qui ont répondu à l'enquête est quantitativement homogène. Des responsables d'associations actives plutôt au Sud d'Italie, ont répondu favorablement à notre invitation et ont participé en diffusant le questionnaire en papier auprès de proches et de patients<sup>14</sup>. Ce qui a équilibré quantitativement l'écart représenté dans graphique 13. Passons maintenant à analyser les réponses aux questions ouvertes<sup>15</sup>.

<sup>12</sup> De ce chiffre, on a exclu les dix personnes qui n'ont pas répondu au moins à deux questions ouvertes du questionnaire. Ceci était la condition pour que le questionnaire rempli puisse être analysé.

<sup>13</sup> 99 femmes et 93 hommes. L'âge des répondants se distribue dans les classes suivantes : 53 % « plus de 50 ans »; 27 % « entre 36 et 50 ans », 14 % « entre 25 et 35 », 5 % « entre 18 et 25 ans ».

<sup>14</sup> Un remerciement très chaleureux va aux personnes qui ont collaboré ainsi qu'aux associations suivantes : « *Le famiglie della roccia* » - *Unità Operativa Salute Mentale* du *Distretto 32* de Naples, le « *Gruppo familiari* » de Potenza, le « *Comitato 180* » de Bassano del Grappa, « *Associazione Italiana Tutela Salute Mentale* » de Pordenone, « *Associazione Ligure Famiglie Pazienti Psichiatrici del Tigullio* » de Sestri Levante (Gênes), les associations « *Percorsi* » de Pescara et « *Uxentum* » de Ugento (Lecce). On remercie également les professionnels des services suivants : l'hôpital de jour du DSM de Frosinone, le DSM de Catane, le Centre de Santé Mentale de Lecce.

<sup>15</sup> Le logiciel Prospéro, en effet, permet d'attribuer des « références externes » à chaque réponse. Il s'agit de toute sorte de catégories, tant préétablies à l'analyse, comme par exemple le niveau d'études des répondants, que fabriquées en cours d'enquête. Le travail c'est donc déroulé en lisant d'abord toutes les réponses pour la définition de catégories de contenu et, ensuite, en attribuant ces catégories aux réponses.



Graphique 14. Âge des répondants au questionnaire

## 7.2 Des circonstances : le bornage temporel et les personnages du premier recours au spécialiste

Lorsqu'on quitte l'idée d'un diagnostic comme point de départ du recours à un spécialiste, on met le doigt sur ce fait : combien est difficile de définir les limites qui bornent temporellement les circonstances caractérisant cet événement. Si l'on adopte la convention usuelle d'une flèche du temps allant de gauche à droite, il faut définir des circonstances : quand commence une délégation de soins ? Quel est l'événement déclencheur mobilisé par les répondants qui sert de point d'origine de celle-ci ? À côté du temps, un autre élément s'impose si l'on veut rendre compte du premier recours aux soins : celui des personnages mobilisés par les répondants, qui peuplent les événements racontés. Qui est mentionné dans ces réponses et avec quels rôles ? En proposant de raconter la période qui va de la perception d'un problème à l'arrivée à un service de santé mentale, la première question ouverte du questionnaire visait à collecter des informations sur les circonstances du premier recours aux soins<sup>16</sup>. En croisant la dimension temporelle et les personnages de ces circonstances, les réponses qu'on va ici présenter permettent une compréhension plus détaillée des modes de raconter une délégation de soins.

<sup>16</sup> Voici la formulation de la question et sa traduction en français : « *Il passaggio dall'avere un problema individuale e/o familiare al rivolgersi ad un Servizio psichiatrico pubblico può non essere sempre facile e veloce. Può descrivere come è avvenuto questo passaggio nella sua esperienza personale ?* ». « Il se peut passer du temps entre la perception d'un problème de santé mentale - qui nous atteint ou qui concerne un proche – et le recours à un établissement psychiatrique public. Pouvez-vous décrire comment a eu lieu ce passage dans votre expérience personnelle ? »

### 7.2.1 Le temps du premier recours : entre oubli et mémoire

Comme l'une des formes primaires de l'expérience du temps concerne la distinction entre un *avant* et un *après*, les acteurs puisent dans leur mémoire cette forme de partage pour décrire comment elles sont arrivées à un service psychiatrique. On peut décrire comment cette activité langagière est mobilisée, à l'aide d'indices précieux : les marqueurs temporels. Pour l'analyse de cette opposition, on s'est donc servi de marqueurs qui permettent à l'auteur de situer dans le temps des événements et éventuellement de définir une chronologie.

Principaux représentants de la catégorie « Définition temporelle » <sup>17</sup> (italien et traduction en français)	
<i>prima di</i>	avant de
<i>nel lontano</i>	il y a longtemps
<i>all'epoca</i>	à l'époque
<i>anni fa</i>	il y a des années
<i>dopo</i>	après
<i>in precedenza</i>	précédemment
<i>da li</i>	de là
<i>fin da</i>	depuis
<i>a seguito/in seguito</i>	à la suite de
<i>negli anni</i>	dans les années
<i>a partire da</i>	à partir de
<i>successivamente</i>	successivement
<i>inizialmente</i>	au début,
<i>dall'inizio</i>	depuis le début

Un simple repérage de marqueurs temporels ne suffit toutefois pas à comprendre la façon d'enchaîner des événements. Car l'emploi de ces catégories suppose tacitement un moment T0 que le répondant utilise pour organiser la série éventuelle des événements racontés. Si l'on suppose que ce T0 soit exclusivement l'arrivée à un service psychiatrique, on risque d'aller trop vite et d'opposer deux types de réponses : d'un côté, celles qui soulignent tout ce qui se passe avant cet événement, de l'autre celles qui décrivent l'après. Mais les répondants ne situent pas forcément ce moment dans l'arrivée aux services publics : d'autres moments de leur vie sont mobilisés dans la même réponse. Et la situation d'enquête ou, plus précisément, la passation du questionnaire peut être le moment qui leur permet d'opérer le partage entre un avant et un après. Une analyse simultanée de plusieurs marqueurs (comme dans le cas où « avant » et « après » sont dans le même énoncé) est ainsi nécessaire. À partir

<sup>17</sup> Comme on peut le voir, ces marqueurs sont le résultat d'agencements de diverses catégories grammaticales : substantifs : « *anni* » (années), « *epoca* » (époque) ; adverbess : « *inizialmente* » (initialement), « *successivamente* » (successivement) ; verbes : « *partire* » (partir) ; articles : « *all'* » (à la) « *a* » (à). On retrouve les 74% des représentants de cette catégorie dans les réponses à la première question ouverte du questionnaire.

de la lecture globale des réponses, on a conçu un axe qui va de l'oubli à la mémoire<sup>18</sup>. Cet axe nuance les différents degrés de prise en compte du temps dans les réponses, afin de distinguer les réponses en fonction d'un degré variable de mémoration et de délimitation temporelle. Le répondant dans sa réponse peut : 1) affirmer avoir oublié les circonstances du premier recours au service public 2) situer des événements dans le temps et utiliser des marqueurs temporels afin de raconter soit l'avant soit l'après d'un événement marquant dans sa biographie 3) raconter dans une chronologie plusieurs événements en les enchaînant entre l'avant l'arrivée chez un spécialiste du service public, et l'après. Ce qui est intéressant de remarquer c'est que les répondants ne mobilisent pas ces dimensions de la même manière, selon la position qu'ils occupent dans la délégation de soins.

1) Ce qui caractérise le premier type de réponses c'est l'inscription du premier recours dans le registre de l'oubli. Oubli ne veut pas dire absence complète de la dimension temporelle : les répondants fixent un T0 dans la situation d'enquête afin de situer les faits dans un passé lointain et ils se limitent à compter la distance entre la situation d'enquête et les événements. Cette distance semble justifier l'oubli et l'impossibilité de réactualiser la mémoire d'événements dans la situation d'enquête.

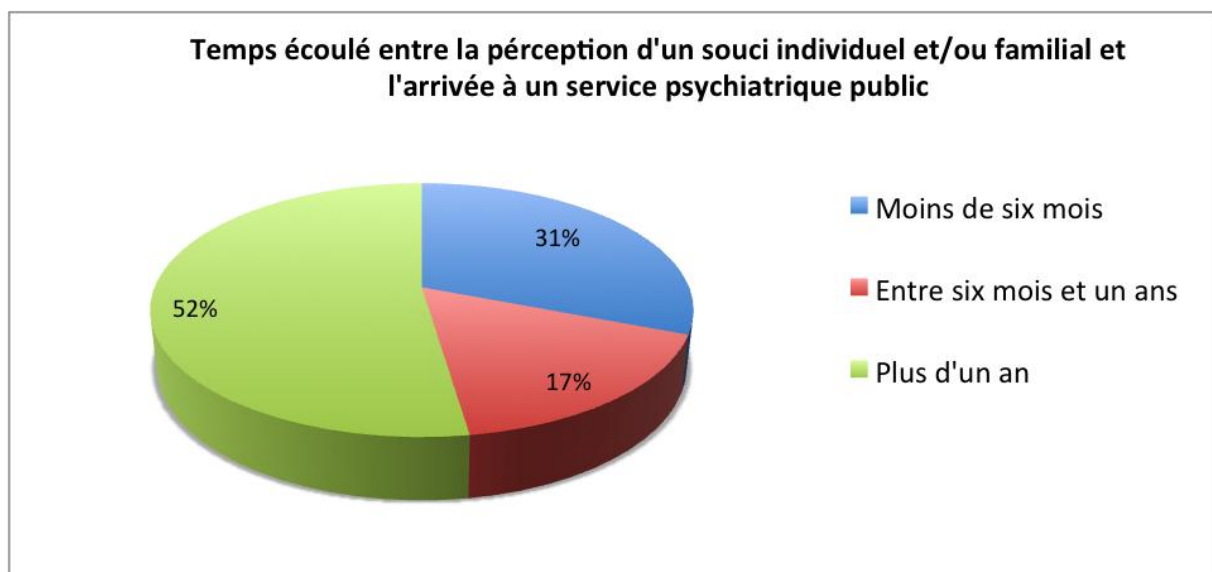
2) Si l'oubli ne traverse que 10 % de réponses à la première question ouverte, le deuxième type de réponses est quantitativement le plus important : 72 %. Ici, le répondant développe un récit concernant soit l'avant soit l'après d'un point de repère qu'on retrouve dans la réponse. Pour délimiter un moment dans l'histoire personnelle ou familiale, ce point est fixé en évoquant une des trois alternatives suivantes : une date, l'âge d'un bénéficiaire ou d'un demandeur, l'arrivée aux services publics. Une fois ce point fixé, la présence de marqueurs temporels permet de situer d'autres événements dans une chronologie. Puisque c'est le type de groupe qui rassemble le plus de réponses, abordons en premier lieu ce qui se passe à gauche de la flèche du temps, l'avant de ce point de repère (57 %), pour ensuite détailler les réponses de ceux qui racontent l'après ou le côté droit de cette flèche (15 %).

En ce qui concerne la période précédente, l'arrivée aux services psychiatriques publics, il peut s'agir d'une « période muette » au sens où aucune alerte n'est lancée auprès de spécialistes ou d'institutions, ou d'une période dans laquelle on s'adresse à des professionnels

---

<sup>18</sup> La raison d'envisager cet axe a été l'observation d'un emploi important de marqueurs temporels dans ces réponses. Le bornage temporel issu de l'emploi de ces marqueurs, est cohérent avec la question posée aux répondants.

privés. Des répondants décrivent l'inscription tardive de signes et de manifestations dans un registre d'une intervention spécialisée. Plusieurs sont les éléments qui ont empêché de déclencher rapidement le processus d'envoi à un spécialiste. Tout d'abord, une forme d'ignorance qui émerge face à des événements inédits et étranges qui atteignent des vécus ou des comportements de soi-même ou d'un proche dans le quotidien. Cette expérience a installé un isolement social dans l'expérience individuelle ou familiale en contribuant à creuser l'écart entre les moments du repérage des premiers signaux et le tout premier recours spécialisé. Des cas confirment cette question lorsqu'ils évoquent combien la présence ou l'absence d'un précédent en famille a pu influencer cette période. Certains racontent que le fait d'avoir eu en famille un proche qui avait déjà des contacts avec des services publics, a permis d'arriver plus rapidement aux services psychiatriques. À l'opposé, l'absence d'un précédent en famille a ralenti la délégation de soins devenue ainsi un processus difficile à mettre en marche. Même le manque de connaissance de l'offre aurait contribué à cette période silencieuse. Certains déclarent qu'au moment où on percevait les premiers signes, on ne connaissait pas l'existence des services de santé mentale. Chez eux cet élément a impliqué une difficulté supplémentaire dans l'action de s'orienter vers des professionnels.



**Graphique 15. Perception du temps écoulé entre la perception d'un problème et l'arrivée à un service de santé mentale (question fermée)**

La recherche d'un spécialiste est un autre élément qui émerge dans ces réponses. Certains croisent temps historique et histoire de vie pour raconter que dans leur ville, la loi n° 180 n'était pas appliquée, des services de santé mentale n'existaient même pas ou n'étaient pas encore socialement connus. D'autres ont mis le mot fin à cette période silencieuse en ayant recours aux professionnels privés. Pour la totalité de ces situations, les professionnels



privés n'ont pas fourni des réponses satisfaisantes en termes d'efficacité et d'efficience. Cette conscience a émergé lorsqu'on comprend que le problème se révèle ingérable car exige une continuité de prise en charge qu'un seul spécialiste ne peut pas assurer. Le passage à l'institution devient ainsi nécessaire. Le sentiment que le professionnel privé n'est pas vraiment adapté aux situations vécues émerge également lorsqu'on comprend que les ressources économiques mobilisées sont disproportionnées par rapport aux résultats. C'est là une des différences entre un système organisé sur le remboursement des frais sanitaires, comme en France, et un système où la consultation privée est, dans la plupart des cas, entièrement payée par la personne. Certains décrivent qu'à un moment donné c'est le spécialiste privé qui oriente les personnes : il conseille la famille ou le bénéficiaire de s'adresser aux services publics. Dans d'autres cas, c'est le médecin généraliste qui gère, comme par mandat, les premières étapes de l'émergence du trouble sans accéder aux services spécialisés.

Les réponses qui détaillent l'après sont quantitativement moins importantes si elles sont comparées à celles qui parlent de l'avant du recours aux spécialistes d'un service public. Si dans ces réponses ne sont pas évoqués ni des signes précurseurs ni des motifs d'alerte, c'est parce qu'une prestation sanitaire marque l'origine du processus raconté. C'est comme si une forme de mémoire privée n'existait pas en dehors des espaces institutionnels. En négligeant les premières perceptions d'un trouble, les auteurs de ces réponses racontent une délégation de soins sans détailler une transition entre la perception de quelque chose ne va pas et l'action d'arriver dans un lieu sanitaire. Dans ces réponses, le problème de stabiliser une délégation de soins après un premier recours est également évoqué. Même s'il y a un point de départ de l'histoire, cet événement ne correspond pas forcément au point de départ d'une prise en charge durable et sans interruptions. Dans le cas où les personnes ont continué à se soigner, les directions de leurs trajectoires dans un premier temps elles se sont écartées : soit on va vers le privé, soit on reste dans le public ; mais dans un deuxième temps se sont recoupées : tous les répondants qui sont allés en privé racontent un retour aux services publics. En effet, ceux qui se disent insatisfaits de l'expérience de l'hospitalisation en psychiatrie, s'adressent d'abord au privé et, après plusieurs années de soins, racontent un retour aux services publics. Dans le cas où on n'a jamais quitté les services publics, on raconte de plusieurs tentatives de prise en charge difficile et fragmentée. Plusieurs causes à ces difficultés sont évoquées : d'un côté des causes attribuées à l'organisation des structures des DSM. Ces structures ne communiquent pas entre elles et ne favorisent pas le passage de l'environnement hospitalier à

celui extrahospitalier. Le manque de coordination entre ces deux moments a contribué selon certains à prolonger la prise en charge effective. De l'autre côté, il semble plutôt que les « opérateurs » se soient montrés peu collaborant à l'égard des exigences des familles. Une troisième cause est évoquée : le refus de soins de la part du patient. Même si un premier recours a eu lieu, il est difficile de lui donner une suite.

3) En mobilisant un avant et un après, le troisième type de réponse (15 %) permet de délimiter temporellement une période tant à gauche qu'à droite. Ce qui est caractéristique de ces réponses, c'est qu'elles mobilisent une argumentation qui s'organise dans une temporalité riche car plusieurs événements sont enchaînés dans une chronologie. Tous les éléments jusqu'ici décrits se réunissent dans la même réponse permettant ainsi au lecteur de repérer plusieurs événements marquants : le silence autour du soupçon d'un trouble, l'isolement familial, le passage et le recours chez un professionnel privé, une hospitalisation, l'insatisfaction du privé ou du public, le retour aux services publics.

**Repères discursifs 10. Exemples de réponses à la question suivante : « Il se peut passer du temps entre la perception d'un problème de santé mentale - qui nous atteint ou qui concerne un proche – et le recours à un établissement psychiatrique public. Pouvez-vous décrire comment a eu lieu ce passage dans votre expérience personnelle ? »**

1

- Je ne me souviens pas bien parce que **quand a eu lieu** ce passage j'étais très jeune<sup>19</sup>.

[H, entre 36 et 50 ans, niveau d'études BEPC, travailleur salarié]

- Je ne me souviens pas exactement parce que 15 ans sont passés **depuis**. Mais je ne me souviens d'aucune difficulté<sup>20</sup>

[H, plus de 50 ans, niveau d'études BAC, travailleur salarié]

- Il s'agit de mon frère, **il y a longtemps** (25 ans environ : je ne me souviens pas)<sup>21</sup>

[H, plus de 50 ans, niveau d'études BAC, travailleur statut-libéral]

- Il est passé du temps<sup>22</sup>

[F, entre 35 ans et 50 ans, niveau d'études BAC +5, sans emploi]

- Il est difficile de répondre à cette question car les faits ont eu lieu **en 1978** à cinq mois de la promulgation de la loi 180. À l'époque il y avait beaucoup de confusion. **Aujourd'hui**, les choses vont mieux, du moins en Toscane<sup>23</sup>

[H, plus de 50 ans, niveau d'études BAC +5, retraité]

<sup>19</sup> *Non me lo ricordo bene perché quando era avvenuto questo passaggio ero molto piccolo.*

<sup>20</sup> *Non ricordo esattamente perché sono passati più di 15 anni. Ma non ricordo alcuna difficoltà.*

<sup>21</sup> *Si tratta di mio fratello e di molti anni fa (circa 25: non ricordo).*

<sup>22</sup> *E' passato un p di tempo.*

<sup>23</sup> *A quanto mi si chiede non é facile rispondere essendosi i fatti verificatisi nel 1978, a 5 mesi dalla promulgazione della legge 180. Alloro c'era una enorme confusione. Oggi, almeno in Toscana, le cose vanno meglio.*

2

- Cela, n'a été ni facile ni rapide, parce que, **il y a vingt ans** notre ville était dépourvue des services sanitaires de santé mentale et les associations d'entraide mutuelle étaient encore actives à Pescara<sup>24</sup>.

[H, plus de 50 ans, niveau d'études BAC, travailleur statut-libéral]

- **Après** deux ans de visites et consultations psychiatriques faites un peu partout en Italie<sup>25</sup>.

[H, plus de 50 ans, niveau d'études BEPC, retraité]

- Personnellement, il n'a pas été facile de s'adresser au service psychiatrique ! Cela ne s'est pas produit rapidement. **Avant** d'effectuer ce passage, j'ai dû acquérir la pleine conscience de mon problème et seulement quand celui-ci est devenu insoutenable, j'ai compris que c'était le moment de m'adresser à un professionnel qui pouvait comprendre mes attentes mais surtout qui pouvait être disponible pour m'écouter. Cela est arrivé et je suis actuellement suivie<sup>26</sup>.

[F, plus de 50 ans, niveau d'études BAC, retraitée]

- Il est arrivé **il y a longtemps** comme j'ai dit, tous deux, on était mineurs, c'est mes parents qui se sont occupés de tout ça, peut-être plus facilement parce que même ma mère était déjà suivie par ce service<sup>27</sup>

[H, entre 36 et 50 ans, niveau d'études BAC +5, travailleur statut-libéral]

Je suis tombé malade la première fois à **17 ans**. Un an **après**, on s'est adressé à un psychiatre privé sous les conseils d'amis de ma mère. Cela a été difficile car il n'y a pas d'information sur ce genre de maladie et souvent même les parents ne savent pas la reconnaître et ainsi faire le choix de s'adresser à un service psychiatrique public<sup>28</sup>

[H, entre 26 et 35 ans, niveau d'études BEPC, sans emploi]

Mon frère fréquentait déjà le centre de santé mentale, ainsi **quand** moi aussi j'ai eu des problèmes, j'ai pensé de m'adresser au même centre<sup>29</sup>.

[H, entre 36 et 50 ans, niveau d'études BEPC, sans emploi]

Cela n'a été ni facile ni rapide parce que dans ma famille on n'a pas eu **précédemment** un cas d'une terrible maladie mentale. Pour cela **avant que** la famille se rende compte de la gravité de la maladie des **mois** passent, les plus précieux pour essayer de soigner tout de suite un enfant et peut-être le sauver du diagnostic final de « maladie mentale ». Je dois dire que

<sup>24</sup> Non è stato né facile né veloce, perché vent'anni fa, le strutture sanitarie di salute mentale erano carenti e le associazioni di auto-muto aiuto erano ancora in fase di realizzazione a Pescara.

<sup>25</sup> Dopo due anni di visite e consulenze psichiatriche private, effettuate in giro per l'Italia.

<sup>26</sup> Rivolgermi al Servizio Psichiatrico non è stato facile! Non è avvenuto subito, nel senso che, prima di compiere questo passaggio ho dovuto acquisire la piena consapevolezza del mio problema e solo quando questo è divenuto insostenibile, ho capito che era il momento di rivolgermi ad un professionista che fosse in grado di venire incontro alle mie aspettative ma, soprattutto, fosse in grado di ascoltarmi, come è avvenuto e sta, avvenendo.

<sup>27</sup> È successo molti anni fa come ho detto, entrambi eravamo ancora minorenni, se ne sono occupati i miei genitori, forse più facilmente per il fatto che anche mia madre era seguita già dal servizio.

<sup>28</sup> Mi ammalai la prima volta a diciassette anni, dopo un anno su suggerimento di amici di mia madre ci rivolgemmo ad uno psichiatra privato. E' stato difficile perché non c'è informazione su questo genere di malattia e spesso gli stessi genitori non sanno riconoscerla e quindi fare la scelta giusta di rivolgersi ad un servizio psichiatrico pubblico.

<sup>29</sup> Mio fratello già frequentava il centro di salute mentale, così quando anch'io ho avuto i primi problemi, ho pensato di rivolgermi allo stesso centro.

les médecins de famille ne sont pas préparés pour détecter les premiers symptômes de cette maladie. Ainsi, le passage a eu lieu **tardivement** et **après** s'être déplacés presque partout en Italie pour chercher des spécialistes<sup>30</sup>.

[H, plus 50 ans, niveau d'études BEPC, travailleur statut-libéral]

**À la suite de** la démission d'un service psychiatrique de diagnostic et soin, j'ai dû me confier au centre de santé mentale<sup>31</sup>

[H, plus 50 ans, niveau d'études inconnu, retraité]

**À la suite d'une** hospitalisation, on m'a conseillé de m'adresser au centre de santé mentale pour être suivi par un psychiatre<sup>32</sup>.

[H, entre 36 et 50 ans, niveau d'études Certificat d'études primaires, retraité]

J'ai fait des traitements sanitaires obligatoires<sup>33</sup>

[H, entre 18 et 25 ans, niveau d'études BAC +5, sans emploi]

3

**Après** avoir pris conscience que mon fils avait des troubles psychiques, et une fois dépassée la phase d'acceptation du trouble, nous nous sommes adressés au service de santé mentale qui a envoyé chez nous un psychiatre. Mon fils n'a pas réussi à obtenir un contact durable avec lui. Cela a impliqué que son suivi a été repoussé dans le temps<sup>34</sup>.

[H, plus de 50 ans, niveau d'études BEPC, retraité]

**À la suite d'une** hospitalisation dans le service psychiatrique et sous l'indication du médecin de famille qui avait pris en charge mon fils. **Précédemment**, j'avais seulement des contacts avec le spécialiste privé qui avait prescrit un traitement à mon fils. J'ai accepté de m'adresser au service public parce que pour les urgences, le spécialiste qui le suivait n'était pas toujours disponible<sup>35</sup>.

[F, plus de 50 ans, niveau d'études BEPC, travailleur statut-libéral]

Aux premiers signaux de mal-être de mon fils, et lors de la première période de désorientation entre préjugé et honte, nous nous sommes adressés au service public. Mon fils

<sup>30</sup> *Non è stato facile e non veloce perché nella mia famiglia in precedenza non c'era stata mai una terribile malattia mentale. Per questo, prima che la famiglia si renda conto della gravità della malattia magari passano dei mesi, che invece sarebbero i più preziosi per cercare di poter curare subito un figlio e forse salvarlo dalla diagnosi finale "malattia mentale". Devo dire che i medici di famiglia non sono affatto preparati bene per capire i primi sintomi di questa malattia. Quindi il passaggio è avvenuto tardivo e dopo aver girato mezza Italia in cerca di specialisti.*

<sup>31</sup> *A seguito di dimissione dall'SPDC di un paese vicino, mi sono dovuta affidare al Centro di Salute Mentale*

<sup>32</sup> *In seguito ad un ricovero mi hanno consigliato di rivolgermi al CSM per essere seguito dallo psichiatra.*

<sup>33</sup> *Ho fatto alcuni TSO.*

<sup>34</sup> *Dopo aver preso coscienza che mio figlio aveva dei disturbi psichici e superata la, non breve, fase di non accettazione ci siamo rivolti al Servizio di salute mentale che ha inviato a casa uno psichiatra con il quale mio figlio non è riuscito ad ottenere un contatto stabile per cui l'inserimento presso il Servizio si è procrastinato.*

<sup>35</sup> *A seguito di un ricovero nel reparto psichiatrico e su consiglio del medico del reparto che aveva preso in carico mio figlio. In precedenza avevo contatti solo con lo specialista privato che aveva prescritto la cura che mio figlio segue tutt'ora. Ho accettato di rivolgermi al servizio pubblico perché per le urgenze lo specialista che lo teneva in cura non era sempre reperibile.*

l'a fréquenté brièvement. Les soins dont mon fils a bénéficié ont continué quatre ou cinq ans avec des psychiatres privés<sup>36</sup>.

[H, plus de 50 ans, niveau d'études BAC +5, retraité]

Le trouble de mon conjoint remonte **aux années 1980**, en pleine carence fonctionnelle des services psychiatriques. La recherche de soutien a été longue et s'est déployée dans toutes les solutions caractérisant la psychiatrie, la médecine en privé, le tiers secteur, les associations, pour solliciter une réponse plus efficace du système public. Au fur et à mesure que les services du DSM s'amélioraient, il a été possible de programmer le projet thérapeutique de soins et de réhabilitation du mon conjoint<sup>37</sup>.

[H, plus de 50 ans, niveau d'études BEPC, retraité]

## 7.2.2 Les personnages : entre l'individuel et le collectif

La dimension temporelle ne permet pourtant pas de rendre compte complètement des réponses à la première question ouverte du questionnaire. Lorsqu'on prend au sérieux la dimension langagière de ces réponses, on s'aperçoit qu'elles sont peuplées d'actants ou des personnages qui agissent ou subissent des actions<sup>38</sup>. Dans une approche proprement argumentative, il faut traiter ces figures comme dans une narration : elles permettent de développer l'histoire racontée dans les réponses. Pour le répondant, les circonstances du premier recours à un spécialiste peuvent se raconter à partir de la relation qu'il a avec un de ces trois personnages : celui en faveur duquel est faite la délégation (le bénéficiaire), celui qui délègue (le demandeur), celui vers qui est orientée la délégation (le spécialiste). Selon le type de relation que le répondant a avec ces personnages, on peut étaler sur un continuum qui va de l'individuel au collectif, les réponses qu'on a précédemment différenciées entre oubli et mémoire.

---

<sup>36</sup> *Ai primi segni del malessere di mio figlio e ad un primo periodo di sbandamento tra pregiudizio e vergogna ci siamo rivolti al Servizio pubblico che però mio figlio ha frequentato brevemente. La cura di mio figlio è continuata per anni 4/5 con psichiatri privati.*

<sup>37</sup> *Il disagio del mio congiunto risale agli anni ottanta, in piena carenza funzionale del servizio psichiatrico. La ricerca di sostegno è stata lunga ed ha interessato le diverse realtà operanti nel settore psichiatrico, dal privato medico al privato sociale, con l' associazionismo per sollecitare una più efficace risposta dal sistema pubblico. Con il graduale miglioramento del DSM è stato possibile programmare il progetto terapeutico di cura e riabilitazione del congiunto.*

<sup>38</sup> « Le terme d'actant sert à désigner les différents participants qui sont impliqués dans une action en y tenant un rôle actif ou passif » (Charaudeau et Maingueneau, 2002 : 15). Ce terme, emprunté à la sémiologie, a été amplement réutilisé en sociologie. Voir, à titre d'exemple, comment Boltanski (1984) reconstruit le système actantiel de la dénonciation en mobilisant le dénonciateur, la victime, le persécuteur et le juge pour indiquer respectivement : celui qui dénonce, celui vers qui la dénonciation est accomplie, celui au détriment de qui elle s'exerce, celui auprès de qui elle est opérée. Afin d'éviter la multiplication de notions, ici on utilisera le mot personnage au sens d' « actant ».

Lorsque le répondant se décrit comme un bénéficiaire, il rapporte à la première personne ce qui lui est arrivé. En suivant le continuum qu'on vient d'évoquer, il peut mobiliser 1) des expériences qui ne concernent que sa subjectivité, comme l'émergence d'une crise personnelle ; 2) un lent chemin accompagné par un membre de sa famille de prise de conscience d'un problème ; 3) l'intervention informelle d'un tiers proche, qui le sollicite de consulter un spécialiste ; 4) l'intervention d'un spécialiste non psychiatre comme le médecin généraliste ; 5) la coprésence d'acteurs institutionnels psychiatriques qui mobilisent plusieurs ressources publiques ou non : famille, hôpital, ambulatoire, association. Le bénéficiaire peut mobiliser lui-même un tiers qui peut être évoqué comme demandeur, mais également un autre bénéficiaire qui lui est proche et qui l'a précédé dans la délégation de soins. Dans la même famille, on peut ainsi retrouver plusieurs bénéficiaires qui se partagent ce rôle en différentes délégations de soins.

Lorsque le répondant ne se décrit pas comme un bénéficiaire, il mobilise dans ses réponses les expériences provoquées par un tiers. Si ce tiers est un bénéficiaire, la réponse peut porter sur l'expression d'une volonté, ou d'un désir qui vise à éliminer une insatisfaction. Celle-ci est à l'origine de recours à un spécialiste, et plusieurs circonstances sont évoquées afin de rendre tangible cette insatisfaction : bizarreries dans le comportement, vécus inexplicables, et actions concernant le sphère des relations comme rejet d'aller à l'école, isolement prolongé, rupture d'un affect, le rester au lit, entendre des voix, limiter les amitiés. Un autre élément concerne la pauvre information sur la nature de ces réalités. À ce stade, il ne s'agit pas tant de mettre la veste de spécialiste pour soi-même ou pour un proche, que de mobiliser une connaissance ordinaire pour chercher des réponses. Incrire la manifestation d'un trouble dans un répertoire spécialisé pour sa prise en charge et s'orienter dans l'offre de services publics ne sont pas des acquis.

Si le tiers évoqué dans ces réponses est un spécialiste ou une institution spécialisée, la question est différente. Même s'il ne s'agit pas de formuler une vraie dénonciation, en raison d'injustices subies, des répondants utilisent des argumentations visant à disqualifier les institutions ou les spécialistes travaillant dans le public ou dans le privé. Dans ces cas, il s'agit de reconstruire les circonstances du premier recours en soulignant avoir croisé un spécialiste qui : 1) a été à l'origine d'une agression perpétuée dans un lieu sanitaire envers un proche du répondant ; 2) a agi en tant que représentant d'un courant de pensée psychiatrique (dans le cas d'espèce, les « *basagliani (basagliens)* ») et non comme un scientifique ; 3) il a perçu des

honoraires disproportionnés par rapport aux résultats obtenus. Bien évidemment, ces types de descriptions s'accompagnent d'un bénéficiaire-victime de ces injustices et d'un demandeur qui est le témoin de celles-ci et/ou celui qui finance le traitement. De manière générale, la relation entre répondeur et spécialiste peut être placée sur un continuum entre les ressources individuelles et ressources collectives qui ont été mises en œuvre dans la délégation de soins. On peut nuancer ces degrés à partir des réponses qui soulignent les alternatives suivantes : des ressources subjectives, un membre de la famille qui a aidé le répondant, un spécialiste comme un médecin généraliste ou un professionnel privé, une institution. Lorsqu'on cite une institution on atteint le degré maximal de cet axe car des ressources collectives sont dans ce cas mobilisées.

L'absence de tout marqueur temporel caractérise le dernier type de réponses où on ne peut pas facilement distinguer si le répondant est un bénéficiaire, un demandeur, ou un bénéficiaire-demandeur. Ces auteurs ne donnent aucune information chronologique sur la situation vécue. De plus, aucun agencement entre une histoire personnelle et un service public n'est effectué. Le lecteur de ces réponses est ainsi incapable de délimiter des événements et de les enchaîner dans une série. De plus, des réponses se caractérisent en prenant comme prétexte la situation d'enquête pour exprimer des jugements généraux sur les politiques de santé mentale sans évoquer des personnages de l'expérience de l'auteur. Celui-ci a ainsi une position surplombante caractérisée d'un détachement de sa situation personnelle : rien de celle-ci n'est raconté. Ce détachement semble s'expliquer lorsque le locuteur se place sur l'un des deux extrêmes suivants : soit il opère une sorte d'effacement de lui-même (absence des embrayeurs de personnes<sup>39</sup>), soit en répondant à la place d'un collectif et en rappelant à l'enquêteur son engagement associatif. Même si dans le questionnaire on demandait de s'appuyer sur l'expérience personnelle pour répondre aux questions, cela n'a pas empêché certains de négliger la question posée pour parler de ce qui l'intéressait. Dans ces cas, on n'hésite pas à parler au nom d'une personne collective (comme une association ou un groupe de personnes) qui est attestée et socialement reconnue, pour exprimer des jugements sur les

---

<sup>39</sup> Les embrayeurs de personnes permettent d'inscrire dans l'énoncé la trace des partenaires de la communication (le locuteur et son destinataire). Par le « je », le locuteur se désigne comme individu parlant, par le « tu », il désigne son interlocuteur. La catégorie des embrayeurs recouvre en général les pronoms personnels de première et deuxième personne et les possessifs correspondants (« mon », « le tien »), un grand nombre de désignations démonstratives, d'adverbes et de locutions adverbiales locatives et temporelles. La présence ou l'absence d'embrayeurs permet également d'opposer les énoncés qui organisent leur repérage par rapport à la situation d'énonciation et ceux qui sont en rupture avec elle. Un énoncé dépourvu d'embrayage est, par exemple, une définition de dictionnaire ou un proverbe. À propos de cette notion, voir Charaudeau et Maingueneau (2002, 210-213).

services psychiatriques. Détaillons mieux la question de la présence/absence des embrayeurs de personnes dans la deuxième question ouverte.

### 7.3 Les motifs du recours au spécialiste<sup>40</sup>

Dans le domaine sanitaire, la justification du recours aux spécialistes semble souvent aller de soi : on va chez un spécialiste parce qu'on est malade. On peut essayer de ne pas donner pour acquis cette justification en analysant les réponses que les personnes fournissent lorsqu'on leur demande de rendre compte de cette action. À partir de la présence/absence des embrayeurs (ou déictiques) de personnes, on peut repérer un premier grand partage entre les réponses dans lesquelles l'auteur s'exprime comme si c'était un collectif (auteur-collectif), celles où il se présente en tant qu'un individu et celles où on enregistre un effacement du répondant (auteur-neutre). Comment repérer ces trois types d'auteurs ? On a pris en considération la présence et l'absence de pronoms personnels et de formes verbales au singulier et ou pluriel. On a ainsi aisément distingué : un auteur-collectif par son emploi de « *noi* » (nous) et « *nostro* » (notre), et de verbes au pluriel ; un auteur-individu par son emploi de « *io* » (je) et de « *mio* » (mien) ; et un auteur-neutre par l'absence des critères précédents dans les réponses. Après avoir montré quelques exemples d'énoncés de ces auteurs, abordons ensuite les principales motivations du premier recours aux services publics.

#### Repères discursifs 11. Exemples de réponses à la deuxième question ouverte du questionnaire présentés selon la typologie d'auteurs

##### Auteur-individu (52 %)

- Une série de situations personnelles et familiales désagréables ne me permettaient plus de vivre une vie tranquille ; de plus, je me sentais toujours coupable et insatisfaite. Lorsque les crises d'anxiété et de larmes sont devenues fréquentes, j'ai décidé de m'adresser à un professionnel qui pouvait me soutenir convenablement<sup>41</sup>

[F, plus de 50 ans, niveau d'études BEPC, femme au foyer]

- J'ai eu une crise dépressive<sup>42</sup>

[F, plus de 50 ans, niveau d'études inconnu, retraitée]

<sup>40</sup> Voici la traduction de la question ouverte n° 2 : « En tant que patient ou/et proche, expliquez pourquoi vous avez eu recours aux services de santé mentale ? ».

<sup>41</sup> *Una serie di spiacevoli situazioni personali e familiari non mi facevano più vivere una vita tranquilla e mi sentivo sempre in colpa e insoddisfatta. Quando le crisi di ansia e di pianto sono diventate troppo frequenti, ho deciso di rivolgermi ad un professionista che potesse sostenermi nel modo giusto.*

<sup>42</sup> *Ho avuto una crisi depressiva.*



### Auteur-neutre (34 %)

- Économiques<sup>43</sup>

[F, entre 36 et 50 ans, niveau d'études BAC, travailleur statut-libéral]

- Parlons d'aujourd'hui. La maladie mentale exige interventions de nature variée, à caractère sanitaire et social et, s'il est bien organisé, seulement le service public est capable d'offrir cela. Le problème est que l'habileté, les moyens et la volonté de bien organiser les services territoriaux sont souvent insatisfaisants<sup>44</sup>

[H, plus de 50 ans, niveau d'études BAC +5, retraité]

### Auteur-collectif (14 %)

- Les motivations qui ont amené notre foyer à s'adresser à cette structure concernent l'impossibilité de gérer tous seuls un problème important et complexe ; nous nous sommes trouvés en situation d'urgence, effrayés et impuissants, et cette structure nous semblait la dernière chance<sup>45</sup>.

[H, entre 36 et 50 ans, niveau d'études BAC, travailleur statut-libéral]

- Malheureusement, lorsque la situation de trouble mental se présente, on ne s'en rend pas compte. C'est difficile de l'accepter et d'accepter que le problème soit d'une portée qui dépasse nos capacités, parce que la famille n'est pas préparée. La tentation est celle de nous isoler de tout et de tous, mais au fur et à mesure que le temps passe, on se rend compte que pour ne pas se faire détruire l'existence, il faut maîtriser la situation et demander de l'aide<sup>46</sup>.

[H, plus de 50 ans, niveau d'études BEPC, retraité]

### 7.3.1 L'argument de l'évidente réparation<sup>47</sup>.

Un premier groupe de réponses s'appuie sur ce qu'on peut appeler l'argument de l'évidente réparation (27 %). Cet argument consiste à clore la question en mettant en avant l'évidence que des expériences comme celles qu'ont vécu les répondants sont à adresser aux services de psychiatrie : le prototype de cet argument est la réponse suivante : « *Una schizofrenia purtroppo si riconosce da sola e si chiese subito aiuto* » (une schizophrénie se reconnaît d'elle-même ; on demandait tout de suite de l'aide). Des listes de catégories dont la qualité peut varier dans un registre plus ou moins psychiatrique caractérisent ces réponses :

<sup>43</sup> *Economici.*

<sup>44</sup> *Parliamo di oggi. La malattia mentale richiede interventi di natura varia, di carattere sanitario e sociale e soltanto il servizio pubblico, se ben organizzato, è in grado di offrire ciò. Il problema è che la capacità, i mezzi e la volontà di bene organizzare i servizi territoriali sono spesso carenti.*

<sup>45</sup> *Le motivazioni che hanno spinto il nostro nucleo familiare a rivolgersi a questa struttura sono state dettate dalla impossibilità di gestire da soli un problema pesante e complesso; ci siamo trovati in situazioni di emergenza, spaventati e impotenti e questa ci sembrava "l'ultima spiaggia".*

<sup>46</sup> *Presentandosi una situazione di disagio mentale purtroppo non ci si rende conto, anche perché è difficile accettarlo, che il problema è di una portata superiore alle nostre capacità in quanto la famiglia non è preparata. La tentazione è quella di isolarci da tutto e da tutti ma, con il trascorrere del tempo ci si rende conto che, è necessario, per non farsi distruggere l'esistenza, assumere il controllo della situazione e ci si convince di chiedere aiuto. Dapprima ci si rivolge al privato ma quando ci si accorge che non si ottengono risultati e dietro consiglio di operatori del settore si va verso il pubblico.*

<sup>47</sup> Les types d'arguments qui suivent sont le fruit de plusieurs étapes de travail composées de lecture, de catégorisation de chaque réponse et d'observation de statistiques descriptives concernant les catégories établies.

d'un côté de cette variation, on peut avoir « hallucinations auditives », « dépression », « anorexie » et de l'autre, « maladie », « insomnie », « mal-être », « souffrance », « tristesse ». Pour épuiser cet argument, il suffit en effet d'évoquer ces catégories sans donner aucun autre détail : c'est comme si la maladie parlait sans médiations, et l'individu se limitait au statut de porteur d'entités à corriger ou à éliminer.

Ce sont les auteurs qu'on a définis ci-dessus « neutre » et « individu », qui utilisent le plus cet argument : le premier efface toute trace grammaticale qui renvoie à une subjectivité parlante et il se limite à une liste de catégories sans les associer à des personnages ; le second se présente comme le sujet qui ressent des expériences gênantes dont l'évocation justifie le recours au spécialiste sans l'inscrire dans une trajectoire biographique.

### **7.3.2 L'argument de l'offre : entre professionnels privés et *Dipartimenti di Salute Mentale* (DSM)**

Le deuxième argument qui permet de clore la question des raisons du recours aux services publics concerne les types d'offre mobilisés en réponse à un problème (31 %). L'arrivée à un service public est justifiée par l'insatisfaction du privé, premier type d'offre mobilisée par plusieurs répondants et/ou par une image idéale du service public. Le passage entre ces deux types d'offre est très commun dans les réponses. On souligne que pour bénéficier de services comme la communauté thérapeutique, l'hospitalisation, des appartements thérapeutiques, des allocations « handicap » et des suivis en hôpital de jour, il fallait passer par le DMS. À première vue, on pourrait qualifier ce passage comme une forme de relation consumériste où d'un côté le patient choisit quoi et comment demander, de l'autre, le spécialiste devient juste le médiateur pour l'obtention de bénéfices. Mais si l'on considère que le passage par le DSM est une condition obligatoire pour bénéficier de services d'un Système Sanitaire National, on change de perspective. Le service public devient pour certains un passage obligé pour obtenir des prestations gratuites ou économiquement accessibles (hospitalisations, suivis psychiatriques, psychothérapies), ou des prestations que le privé n'offre pas forcément (comme, par exemple, des activités en hôpital de jour, ou des logements thérapeutiques). L'hospitalisation volontaire dans une clinique privée conventionnée doit être autorisée par un psychiatre du DSM ; même dans ce cas, on n'a pas d'alternatives. Il s'agit d'une caractéristique du système italien qui marque une différence importante par rapport au cas français : les coûts d'une prestation effectuée par un professionnel privé restent à la charge

des personnes et aucun remboursement à ce propos n'est prévu<sup>48</sup>. Il n'y a pas seulement l'aspect financier qui pèse sur le choix obligé du service public, mais également l'insatisfaction des résultats obtenus par le professionnel. Cette insatisfaction augmente au fil du temps car on s'aperçoit que les moyens d'un spécialiste privé ne peuvent pas faire face au problème rencontré. C'est ainsi qu'à lieu le recours aux services publics.

### **7.3.3 Aide pour soi-même, aide pour un tiers**

Environ 35 % des répondants évoquent l'argument de l'aide pour soi-même ou pour un tiers. Dans ces cas, on ne demande pas de réparer des entités mais d'aider des personnes (soit le répondant lui-même soit certains que celui-ci évoque et qui lui sont proches) à traiter ces mêmes entités. C'est pourquoi, dans ces réponses on n'évoque pas seulement des maladies, des troubles, des états désagréables mais des personnages qui sont aux prises avec des problèmes. Le choix entre l'aide pour soi-même ou pour un tiers semble se jouer en fonction de la position de l'auteur : s'il s'agit d'un « collectif » il parlera plutôt de l'aide envers autrui, s'il est un « individu » c'est plutôt pour soi-même. Cette distinction n'est pourtant pas absolue car dans quelques cas se présente également la situation inverse : un répondant-collectif peut s'adresser à un DSM pour avoir une aide pour soi-même c'est-à-dire acquérir des prises - « informations », « explications », « conseils » ou « suivis » - pour faire face à une situation lorsqu'elle devient ingérable. Dans cette argumentation ce qui est au premier plan n'est pas la personne malade mais des non malades qui s'adressent aux services pour se faire aider. Il s'agit d'un répondant qui parle au nom d'un « nous » indéfini ou, parfois, spécifié (le foyer familial). Il est présenté à l'origine de l'action de s'adresser à un spécialiste : « nous nous sommes adressées », « nous avons eu recours à », « nous nous sommes retrouvé seuls ». On peut présenter ce collectif comme incapable de gérer la question et arrivé au bout de ses capacités, mais également comme l'acteur capable de prendre petit à petit conscience qu'il faut se mobiliser pour s'adresser à un spécialiste. Cette conscience est le résultat du recoupement de plusieurs expériences : vivre avec un trouble qui s'accroît de plus en plus, reconnaître une étrangeté chez un proche, s'apercevoir d'être en présence de délires et hallucinations, faire face à des comportements imprévisibles qui peuvent basculer dans l'agressivité. Pour rendre compte de toutes ces situations, ce type de locuteur ne peut pas se présenter seul. Souvent il mobilise la nature du rapport qui le lie à la « personne à

---

<sup>48</sup> Sauf les cas, rares en Italie, où on bénéficie d'une assurance privée. D'après l'étude Eco-Santé OCDE 2008, 93 % des Français et 15% des Italiens sont couverts par une assurance privée (Frehaut, Klein et Laffon, 2009 : 37).

problèmes ». On a ainsi « notre fils », « notre frère », « notre problème ». L'aide pour autrui devient ainsi un mobile qui permet une médiation entre les fournisseurs de l'aide et la personne à aider mais qui ne se réduit pas forcément à la prise en charge de la situation problématique.

Parallèlement, dans la catégorie « auteur-individu » on retrouve tant des patients que des proches, et tous deux mobilisent la question de l'aide pour soi-même. Dans le cas des patients il s'agit de récupérer un contrôle personnel sur des expériences qui dérangent la subjectivité ou des relations. Dans ce cas, le répondant peut attribuer la raison du recours aux soins en mobilisant l'intervention décisive d'un proche qui a une prise sur lui. Certaines personnes racontent comment elles se sont adressées aux services seulement après cette intervention familiale. Il s'agit là d'un rôle de médiation qui rapproche la personne du monde sanitaire, en premier lieu au médecin généraliste qui joue lui aussi cette fonction de médiation. Il s'agit dans ces cas, d'un passage qui permet de contribuer à modifier le problème individuel en demande sanitaire. En ce qui concerne les proches, s'adresser aux DSM veut dire demander à participer à un parcours de soins. Ils se sentent protagonistes et non observateurs de ce parcours et c'est pourquoi ils veulent être aidés en tant que participants.

**Repères discursifs 12. Exemples de réponses à la question ouverte : « En tant que patient ou/et proche, expliquez pourquoi vous avez eu recours aux services de santé mentale ? »**

**L'argument de l'évidente réparation (27 %)**

- La question est bizarre. Elle me fait penser qu'il y a un préconçu : vous n'auriez jamais demandé à quelqu'un qui va mal, pourquoi va en hôpital ? Je ne crois pas, cela est évident. Et de façon évidente je pourrais répondre parce que c'est le Centre mis au point par le Système Sanitaire National pour les soins de ce type de mal-être<sup>49</sup>.

[H, plus de 50 ans, niveau d'études BAC +5, retraité]

- Cela a été évident. Parce que mon fils avait manifesté un état psychotique<sup>50</sup>.

[H, plus de 50 ans, niveau d'études BAC, retraité]

- La dépression

[H, plus de 50 ans, niveau d'études BEPC, retraitée]

<sup>49</sup> *La domanda è anomala, e mi fa venire l'idea di un certo preconetto: avreste mai chiesto ad uno che sta male perchè va in Ospedale ? Non credo, è ovvio. Ed in modo ovvio potrei rispondere perchè è il Centro deputato dal Servizio Sanitario Nazionale alla cura di questo tipo di malessere.*

<sup>50</sup> *E' stato ovvio. Perchè mio figlio aveva manifestato uno stato psicotico.*

<p><b>-Problèmes psychologiques importants</b> [F, entre 36 et 50 ans, niveau d'études BAC +5, travailleur statut-libéral]</p>
<p><b>L'argument de l'offre (31 %)</b></p> <p>- Nous nous sommes adressés à un service de santé mentale parce que les interventions des spécialistes privés ont été insatisfaisantes et très chères<sup>51</sup>. [H, plus de 50 ans, niveau d'études BEPC, retraité]</p> <p>- En tant que proche, j'ignore la maladie mentale, il est impossible de comprendre et de soigner sans l'aide des médecins. Je pense que c'est au service public de se charger des personnes malades, qui malheureusement le restent pour toute la vie, et qui ne doivent pas dépenser des sous en allant dans le privé<sup>52</sup>. [F, plus de 50 ans, niveau d'études BEPC, retraitée]</p> <p>- Après la mort de ma mère, c'est l'assistante sociale de l'Unité Sanitaire Locale qui m'a envoyée à l'hôpital de jour<sup>53</sup>. [F, entre 36 et 50 ans, niveau d'études BAC, sans emploi]</p>
<p><b>Aide pour autrui et pour soi-même (35 %)</b></p> <p>- Les motifs sont ceux de ne pas avoir d'outils adaptés pour pouvoir faire face aux graves crises du proche<sup>54</sup>. [F, plus de 50 ans, niveau d'études BAC, retraitée]</p> <p>- J'étais malade, je ne pouvais pas marcher comme si j'avais les pieds lourds, et je voulais trouver une solution<sup>55</sup>. [F, entre 36 et 50 ans, niveau d'études BEPC, sans emploi]</p> <p>- Le comportement différent de mon fils, sa façon de communiquer différemment et son trouble. Et pour moi, la mère, et pour la famille, l'incapacité de comprendre et de gérer la situation aggravée<sup>56</sup>. [F, plus de 50 ans, niveau d'études Certificat d'études primaires, retraitée]</p>

#### 7.4 Trois images sur ce qu'est la « santé mentale »

Il est devenu presque banal de rappeler combien la notion de santé mentale a un statut controversé. Ce qui est peut-être moins banal, c'est interroger cette banalité en essayant d'aller au-delà de ce constat. Pour cela, la troisième question ouverte du questionnaire

<sup>51</sup> *Ci siamo rivolti ad un Servizio di salute mentale poiché gli interventi di specialisti privati si sono dimostrati insoddisfacenti e costosissimi.*

<sup>52</sup> *Come familiare ignorante della malattia mentale, è impossibile pensare di capire e curare senza l'aiuto dei medici e ritengo che spetti al servizio pubblico farsi carico delle persone malate che purtroppo spesso lo sono per tutta la vita e non devono sprecare soldi nel privato.*

<sup>53</sup> *Dopo la morte di mia madre è stata l'assistente sociale della USL a mandarmi al Centro Diurno.*

<sup>54</sup> *I motivi sono stati quelli di non avere gli strumenti adatti per poter affrontare le gravi crisi del familiare.*

<sup>55</sup> *Stavo male non potevo camminare come se avessi i piedi pesanti e volevo trovare una soluzione al problema.*

<sup>56</sup> *Il diverso comportamento di mio figlio, il suo modo diverso di comunicare e il suo disagio. E, per me madre e per la famiglia, l'incapacità di capire e di gestire la grave situazione.*

demandait aux personnes d'expliciter ce qu'est, selon elles, la « santé mentale »<sup>57</sup>. Exiger une réponse sur une entité dont le statut est incertain, inconnu et matière de dispute, pourrait sembler bizarre<sup>58</sup>. Pourtant, cette manière de restituer aux acteurs le pouvoir de décider le statut des notions qu'ils mobilisent, ramène au cœur même de la sociologie : c'est la question ontologique de la réalité sociale. Les querelles animées par les paradigmes du positivisme, du constructivisme et du réalisme pour établir si le social est construit ou pas, s'il précède ou s'il émerge de la connaissance, ne se limitent pas à un passé lointain<sup>59</sup>, et les manuels de la pensée sociologique ou de méthodologie mobilisent la question de l'ontologie des objets de la recherche dès leurs premières pages. Au cours de ce travail, on a présenté comment l'entité « santé mentale » émerge comme argument et elle est portée par des acteurs à diverses échelles : à l'international par l'OMS et au niveau national ou régional par les législateurs. Dans une enquête qui vise à comprendre comment les personnes s'adressent aux services publics, on ne pouvait pas oublier que les services auxquels les personnes interrogées se sont adressées, sont dénommés « *di salute mentale* ». Car contrairement à la dénomination de « secteur psychiatrique » et de « centre médico-psychologique » - où l'on évoque les savoirs de la psychiatrie, de la médecine et de la psychologie, aucun mélange disciplinaire n'est évoqué dans les appellations des principaux services psychiatriques italiens : *dipartimento di salute mentale* et le *centro di salute mentale*)<sup>60</sup>. À suivre ces dénominations, il s'agit bien de services où on fait de la santé mentale. La question qu'on s'est posé, était celle de savoir si chez des personnes qui ont eu des contacts avec des lieux ainsi appelés, l'appellation de « santé mentale » renvoie à des images ou significations communes.

Une première signification de « santé mentale » contraste avec la conception de l'OMS qui considère la santé comme un état de bien-être et non seulement comme l'absence de maladie. Pour des répondants la santé mentale renvoie à la présence de maladie mentale car ils établissent une équivalence entre les deux. Aucune image de bien-être n'est ainsi évoquée, au contraire, ce qui dans les énoncés est associé à la santé mentale c'est la souffrance, des conflits familiaux, les soins et les médicaments, la lutte contre les symptômes.

<sup>57</sup> Voici la formulation de la troisième question posée : « À partir de votre expérience personnelle, en tant que patient ou proche, comment imaginez-vous la santé mentale ? ».

<sup>58</sup> Comme l'a signalé un répondant. Voici sa réponse : « Demande bizarre. Je souhaite de ne jamais souffrir de pathologie mentale. Aujourd'hui les services n'ont pas les moyens nécessaires et ne sont pas à l'écoute des familles qui sont vécues comme un obstacle plutôt que comme une ressource » [Femme, entre 35 ans et 50 ans, travailleur-statut salarié, niveau d'études BAC+5].

<sup>59</sup> Voir, sur ce point, Latour (2007), Hacking (2008), Livet et Nef (2009).

<sup>60</sup> Ces appellations s'opposent à celle de *Igiene mentale* (Hygiène mentale) qui était employée officiellement jusqu'aux années 1980 environ.

On comprend aisément que rien de cela ne peut être associé à l'idée de santé. Les images les plus saillantes à ce propos sont celles qui comparent la santé mentale à une *pieuvre* ou à une bombe qui éclate en famille.

À l'opposé de cette image, d'autres réponses sont en ligne avec une définition *positive* de santé mentale. Cette qualité émerge comme un état de bien-être dépourvu de tout conflit. « Santé mentale » renvoie à une harmonie entre le corps et le psychique mais aussi une paix idéale entre les individus. On s'approche d'une vision conformiste du réel qui préétablit des conditions universelles et idéales de félicité : avoir une vie indépendante, se libérer de toute sorte de symptômes, se marier et avoir des enfants, être inséré socialement, avoir un travail bien payé. Ainsi, cette entité ne concerne pas seulement les individus malades mais tout le monde. Au sens imagé, l'idée qui peut résumer ces réponses est celle qui considère la santé mentale comme l'oxygène, une substance vitale pour tous.

Le troisième et dernier type d'image associée à la santé mentale renvoie aux lieux où elle se fait : « santé mentale » est le réseau de services publics ainsi dénommés. Dans cette acception, elle a bel et bien des référents dans le monde réel, et pour rendre compte de cette matérialité, dans les réponses on mentionne toutes les différentes composantes de ces structures : les professionnels, les prestations offertes, la variété des pathologies des personnes qui s'adressent à ces structures, les différentes typologies d'établissements (communauté, services ambulatoires et hospitaliers, hôpitaux de jour). D'autres réponses soulignent au contraire une vision idéale de ce réseau. Détailler cette image de « santé mentale » est ainsi l'occasion d'imaginer des relations de collaboration sans conflits entre les proches, les patients et les professionnels ou un système global de prise en charge.

**Repères discursifs 13. Exemples de réponses à la question ouverte : « À partir de votre expérience personnelle, en tant que patient ou proche, comment imaginez-vous la santé mentale ? »**

**La « santé mentale » comme maladie mentale**

- La santé mentale au sens de maladie, j'imagine. Elle est certainement une méchante maladie qui fait peur, mais qu'il faut apprendre à connaître et comprendre si l'on veut aider la personne qui est à nos côtés et qu'on aime. Ensuite, on s'arme de patience et de beaucoup de désir de recommencer à nouveau. Le parcours est long, difficile ; et souvent on s'énerve et cela doit se comprendre même par la personne qu'on veut aider<sup>61</sup>

[H, plus de 50 ans, niveau d'études BEPC, retraité]

<sup>61</sup> *La salute mentale intesa come malattia immagino. E' certamente una brutta malattia, che spaventa ma che bisogna imparare a conoscere e a capire se si vuole aiutare la persona che ti sta vicino ed a cui vuoi bene. Poi ci si arma di pazienza e tanta voglia di riuscire a ricominciare da capo. Il percorso è lungo, difficile e spesso scappa anche la pazienza e questo lo deve capire anche la persona che vuoi aiutare.*

- C'est une maladie terrible. À part un peu d'aide qui est fournie par les services publics comme par exemple le centre de santé mentale, le projet VIE et la communauté où mon fils est resté trois ans, tout le poids de cette maladie est à la charge de la famille<sup>62</sup>.

[H, plus de 50 ans, niveau d'études BEPC, travailleur statut-libéral]

La santé mentale est une pathologie qui doit être soignée si possible en éloignant le patient de la famille, par le suivi des services de réhabilitation extrahospitaliers, par la présence ininterrompue de l'opérateur social formé à servir d'intermédiaire entre le dedans et le dehors, entre la famille et le patient<sup>63</sup>.

[F, plus de 50 ans, niveau d'études BAC, retraitée]

- Enzo Biagi dirait : une bombe à hydrogène qui explose en famille<sup>64</sup>

[F, plus de 50 ans, niveau d'études Certificat d'études primaires, retraitée]

- Moi je l'imagine comme une pieuvre avec beaucoup de tentacules<sup>65</sup>

[F, entre 36 et 50 ans, niveau d'études BAC, travailleur salarié]

### **La « santé mentale » : un état de bien-être**

- Freud disait : « être capable d'aimer et de travailler ». Voilà une description efficace de la santé mentale<sup>66</sup>.

[F, plus de 50 ans, niveau d'études BAC +5, retraitée]

- Je me réfère à la définition de l'OMS, c'est un état de bien-être général de la personne, lorsqu'elle est capable de gérer son existence dans plusieurs contextes psychologiques et sociaux et arrive à faire face aux problématiques concernant la transition à l'âge adulte et d'autres situations<sup>67</sup>

[F, plus de 50 ans, niveau d'études BAC +5, travailleur statut-libéral]

- Pouvoir me marier et avoir des enfants<sup>68</sup>.

[F, entre 26 et 35 ans, niveau d'études BEPC, sans emploi]

- Un état de calme et de tranquillité<sup>69</sup>.

[F, entre 26 et 35 ans, niveau d'études BEPC, sans emploi]

<sup>62</sup> *Una malattia terribile. E' di peso totalmente alla famiglia tranne quel poco di aiuto che viene data dalla struttura pubblica tipo CSM e progetto VITA ma soprattutto dalla comunità dove mio figlio è stato ospite 3 anni.*

<sup>63</sup> *La salute mentale è una patologia che va curata possibilmente con l'allontanamento del paziente dalla famiglia, l'inserimento in strutture riabilitative del territorio, con la presenza costante dell'operatore sociale formato in modo da essere il tramite tra il dentro ed il fuori, tra la famiglia ed il paziente.*

<sup>64</sup> *Direbbe lo scomparso Enzo Biagi: una bomba all'idrogeno che scoppia in una casa.* Enzo Biagi (1920-2007) était un journaliste et écrivain italien.

<sup>65</sup> *Io la immagino come una piovra con molti tentacoli.*

<sup>66</sup> *Freud diceva "Essere in grado di amare e di lavorare". Credo sia una descrizione efficace della salute mentale.*

<sup>67</sup> *Mi riferisco alla definizione dell'OMS come uno stato di benessere generale della persona capace di gestire la propria esistenza in contesti psicologici individuali e sociali affrontando le problematiche legate ai passaggi di età e di situazioni.*

<sup>68</sup> *Potermi sposare e avere figli.*

<sup>69</sup> *Uno stato di calma e tranquillità.*



- Plus de sérénité en famille<sup>70</sup>.

[M, plus de 50 ans, niveau d'études BEPC, retraité]

- La santé mentale est santé physique et psychique, bref être mentalement et physiquement bien<sup>71</sup>.

[F, entre 26 et 35 ans, niveau d'études BEPC, travailleur statut-libéral]

- J'imagine la santé mentale comme un oxygène indispensable pour le patient<sup>72</sup>.

[F, plus de 50 ans, niveau d'études BEPC, travailleur salarié]

### **La « santé mentale » : des services publics de psychiatrie**

- J'imagine la santé mentale comme un service capable d'aider, nous, les proches à gérer le problème, et qui nous apprend à vivre la maladie de nos proches. Il doit être également capable de supporter les patients qui s'adressent à ce service, avec compréhension et patience<sup>73</sup>.

[F, entre 36 et 50 ans, niveau d'études BAC, travailleur salarié]

- Moi, j'imagine la santé mentale comme une structure où il y a des médecins qui ne donnent pas seulement des médicaments mais qui travaillent avec des psychologues, des assistantes sociales, et avec les professionnels des hôpitaux de jour, pour aider le patient à avoir une vie normale. Cela passe par une meilleure socialisation et par l'insertion sociale<sup>74</sup>.

[F, plus de 50 ans, niveau d'études BEPC, retraitée]

- Une prise en charge totale : médicaments, activités de réadaptation et de socialisation, engagement de la famille et des services extrahospitaliers, travail et vie autonome<sup>75</sup>.

[F, plus de 50 ans, niveau d'études BAC, retraitée]

## **Conclusion**

Le questionnaire conçu dans le cadre de l'étude *Domanda Sociale di Salute Mentale* visait à collecter des informations sur l'expérience de personnes qui se sont adressées pour elles-mêmes ou pour un proche à des services psychiatriques publics, en Italie. Tout en évitant de classifier préalablement dans les catégories de patient ou de proche, l'analyse croisée des réponses ouvertes données a permis d'analyser et de porter l'attention sur trois questions : les

<sup>70</sup> *Più serenità in famiglia.*

<sup>71</sup> *La Salute Mentale è salute fisica e psichica, insomma stare bene con la mente e con il corpo.*

<sup>72</sup> *Immagino la salute mentale ossigeno indispensabile per il paziente.*

<sup>73</sup> *Immagino la Salute Mentale come un servizio in grado di aiutare noi familiari a gestire il problema insegnandoci a vivere la malattia dei nostri familiari e in grado di supportare i pazienti che si rivolgono allo stesso con comprensione e pazienza.*

<sup>74</sup> *Io immagino la salute mentale come una struttura dove ci siano medici, che non diano solo farmaci, ma che lavorino insieme a psicologi, assistenti sociali, e con i membri dei centri diurni, per aiutare il paziente a svolgere una vita normale, socializzando meglio con la gente, e inserendosi nella vita sociale. Infine immagino un migliore rapporto tra psichiatra e familiari, in modo che essi siano più disponibili e vicini ai familiari nel difficile percorso della malattia.*

<sup>75</sup> *Una presa in carico a 360 gradi: farmaci, attività riabilitative e risocializzanti, coinvolgimento della famiglia e del territorio più prossimo, lavoro e vita autonoma.*

circonstances et les motivations du premier recours, et les significations attribuées à l'expression « santé mentale ».

En ce qui concerne les circonstances qui ont amené les personnes à s'adresser à un service public, les auteurs font varier l'inscription temporelle de ces expériences entre l'oubli et la mémoire, et l'individuel et le collectif. À partir de l'emploi de marqueurs temporels on a pu comprendre comment les personnes délimitent temporellement un avant et un après dans leur parcours biographique et/ou dans celui de proches qui ont partagé avec elles ces expériences. La lente mise en place des services psychiatriques pour certains reste un événement historique permettant des repères dans ce partage. En soulignant les différentes gradations entre l'individuel et le collectif, l'analyse des personnages mobilisés par les répondants a permis d'ailleurs de comprendre que la délégation de soins couvre toute une gamme d'expériences qui vont de la subjectivité à la mobilisation de ressources plus collectives. En ce qui concerne les motivations, on a montré trois types d'arguments. D'abord, celui de l'évidente réparation qui consiste à s'appuyer sur la pensée médicale et à négliger toute forme de médiation entre la perception d'un trouble et l'action de faire appel à un spécialiste. Ensuite, celui de l'offre qui consiste, d'un côté, à souligner l'insatisfaction de l'offre du privé, considéré économiquement inadapté aux problèmes rencontrés par les répondants ; de l'autre, à idéaliser et souligner l'offre incomparable du service public. Dans un pays organisé sur un Système Sanitaire National, celui-ci devient le point de passage obligé pour bénéficier même de services privés conventionnés. Enfin, l'argument de l'aide pour soi-même et pour autrui permet encore un fois de repérer une graduation partagée entre patients et proches. Cette graduation va des expériences où le recours concerne un bénéficiaire-demandeur (aide pour soi-même) à celles qui exigent un demandeur et un bénéficiaire (aide pour autrui). Le dernier volet de ce chapitre concernant la notion de « santé mentale » a montré que les côtés positifs et négatifs de celle-ci s'opposent. Si on pouvait sans doute s'attendre au clivage de ces deux significations, la troisième qui émerge dans les réponses semble peut-être inattendue mais cohérente chez les Italiens : la « santé mentale » ce sont les institutions issues de la réforme psychiatrique.

## Conclusion générale

Parmi les questions récurrentes qui motivent l'intérêt de la sociologie pour la psychiatrie, celles de la carrière des patients et des institutions psychiatriques ont été les plus discutées. Tout semble pouvoir s'interpréter à partir de « carrières », composées de plusieurs étapes, articulées en passages à franchir, caractérisées par des négociations entre acteurs et institutions. L'idée de suivre ces carrières relève d'une tradition sociologique interactionniste de la déviance qui s'est de plus en plus croisée avec la sociologie des professions et des organisations. En jouant sur le statut des acteurs et sur leur réflexivité, sur les dispositifs sociotechniques à dispositions pour la circulation des étiquettes de la déviance, la notion de carrière permettrait de décrire les différentes positions pourvues, au fur et à mesure, par les participants aux interactions. La psychiatrie a été également un point d'entrée à l'étude des institutions notamment par l'asile psychiatrique. S'il était autrefois le premier exemple d'« institution totale » et unique, aujourd'hui c'est plutôt le caractère pluriel de la notion d'institution qui est parmi les éléments les plus étudiés en sociologie<sup>1</sup>. La psychiatrie elle-même, en tant que discipline académique et en tant que profession, est considérée comme une institution et nourrit cette pluralité : plusieurs publications en décrivent et en analysent ses mutations ou les déchirements et les métamorphoses<sup>2</sup>. Plus récemment, la question psychiatrique est devenue de plus en plus un champ d'études bien défini et on a vu la publication de travaux qui visent à présenter une sociologie *des* maladies mentales ou *des* troubles mentaux<sup>3</sup>. Cette sociologie est parfois présentée soit comme une « branche de la sociologie médicale » soit comme une spécialité de la sociologie.

L'entrée par l'analyse des manières d'institutionnaliser et d'expérimenter le recours aux spécialistes du mental, a proposé qu'on abatte quelques frontières entre institutions et individus. Mener une recherche sur les manières de faire appel aux spécialistes du mental,

---

<sup>1</sup> Le thème de la pluralité fait écho à celui de la différenciation et la multiplication des mondes sociaux. À partir de plusieurs exemples d'institutions publiques, une problématisation récente de la notion d'« institution » est présentée dans l'ouvrage de Bonny et Demailly (2012).

<sup>2</sup> Voir, par exemple, Ehrenberg et Lovell (2000).

<sup>3</sup> Voir, à ce propos, Demailly (2011), Drulhe et Sicot (2011), Lovell (2012).

présentait, en effet, dès ses débuts un choix : soit se tourner vers une sociologie « de l'association » ou de la « traduction » soit pratiquer une sociologie « du social »<sup>4</sup>. Si cette dernière donne comme résolu le problème de la constitution du social, la première se donne comme objet la fragile et provisoire construction d'agrégats sociaux – parmi lesquels les institutions. Si l'explication est l'objectif de la première, la seconde vise plutôt à faire émerger les formes de coordination à partir des médiations pratiques. Alors, le choix de refuser d'analyser l'expérience de s'adresser à un spécialiste à partir de catégories et d'institutions psychiatriques préconstruites, posait dès son début une question à l'analyse : comment analyser un événement par le moyen d'enquêtes qui ne donnent pas pour acquis le partage entre « malades » et « non malades » ? On a essayé de contourner ce problème par un travail réflexif sur les catégories utilisées et en faisant appel à des matériaux qui permettaient de saisir la mémoire des acteurs. Ceci a permis d'ouvrir une piste de travail qui évitait de naturaliser l'action de frapper à la porte d'un psychiatre ou d'une institution psychiatrique. Naturaliser cette action voulait dire s'appuyer sur des catégories qui, tour à tour, suggèrent de considérer cette action comme le résultat d'un processus sociologique déjà accompli. La « santé mentale », le « secteur », les « politiques », les « troubles mentaux », l'« hospitalisation d'office » : au lieu de donner pour acquis ces agrégats, on a essayé de les décomposer autant que l'on pouvait, en fonction des auteurs qu'on a pris en compte. Considérer les personnes qui frappent aux portes des services de « santé mentale » comme le résultat d'agrégats hybrides (notions, corps, formulaires, lois, perceptions, récepteurs, croyances) exige de décomposer les qualifications attribuées à ces personnes. Commencer à parler de celles-ci comme des « usagers » de la psychiatrie, des « malades mentaux », des « personnes souffrantes », ou des « destinataires d'une politique publique », voilà ce qui éviterait toute enquête sur les multiples médiations entre institutions et individus, nécessaires à établir ces qualifications. La personne définie « usager », par exemple, a déjà bénéficié d'un service, s'est déjà déplacée dans une structure qui la définit ainsi, et s'est peut-être vue attribuer une catégorie diagnostique par un spécialiste<sup>5</sup>. La catégorie « destinataire », pose également problème car elle prévoit, dans le cadre d'une politique publique, un rôle déjà préétabli par un décideur, celui d'un receveur destiné à être un récepteur. Les médiations qui permettent aux personnes de se déplacer à travers des artefacts techniques très divers comme l'hôpital, l'ambulatoire et le domicile, ne peuvent pas être expulsées si on s'interroge sur

---

<sup>4</sup> Sur ces deux sociologies, voir Latour (2007).

<sup>5</sup> Pour une analyse critique de cette catégorie et des conditions favorisant la participation des usagers du système de soins psychiatriques en France, voir Demailly (in Cresson et Schweyer, 2000).

comment des associations se forment. Perceptions étranges, répétitions symptomatiques inexpliquées, disputes familiales, plan de la ville, textes réglementaires et lois, équipements et financements, bâtiments, articles de journaux, étiquettes plus ou moins stabilisées : on aurait pu s'appuyer sur des notions très en vogue pour décrire comment a lieu l'imbrication de toutes ces entités dans l'action de s'en remettre à un spécialiste. Comme, par exemple, les notions de « maladie mentale », « résilience », « *empowerment* », « vulnérabilité », « psychologisation des rapports sociaux ». Mais faire appel à ces notions aurait été, pour reprendre une expression de Bruno Latour, comme « prendre un bulldozer pour dépoter un géranium » (1987 : 81). Car le risque majeur était de se limiter à évoquer tour à tour des notions comme celles-ci, pour souligner leur polysémie et leurs multiples interprétations. Le défi était exactement le contraire. Il s'agissait de montrer comment les acteurs ne problématisent et ne discutent plus les catégories et les répertoires qu'ils utilisent, de suivre les formules qui leur permettent de stabiliser dans le temps et dans l'espace le sens de leurs actions, de détecter des moments de basculement où des éléments sont remis en question. C'est ce qu'on a vu au cours de la deuxième et troisième parties de ce travail.

Les acteurs politiques étudiés dans la deuxième partie, ont stabilisé des répertoires d'action nécessaires pour faire une politique publique : *pour* ou *contre* des cibles, mais sans les remettre en question pendant plus de quarante ans. Si la France normalise la question psychiatrique dans une *symbolique d'attaque* dont le prototype est « la lutte contre », l'Italie inscrit cette question dans une *symbolique de la défense*, dont le prototype est la « *tutela* ». Ces répertoires ne peuvent que dépendre des cibles déclarées par les acteurs politiques parce que dans le premier cas ce sont les *maladies mentales* au premier plan, alors que dans le second cas, c'est plutôt la *santé mentale* qui est la cible du travail politique. Si les acteurs politiques puisent dans des répertoires qui renvoient au monde du combat, ce n'est pas un hasard. Comme on a pu le montrer, l'élément le plus intéressant du débat sur l'assistance psychiatrique est la tension qui est concentrée dans les années 1960 et 1970 : quoi faire de l'hôpital psychiatrique ? Remettre en jeu l'institution asilaire comportait faire face à des tensions que son institutionnalisation avait assoupies : le grand partage entre les « normaux » et les « anormaux » et la maîtrise de la dangerosité adressée à la société. Le secteur est, d'abord, une notion et, ensuite, le dispositif clé qui concentre ce débat dans les cas étudiés. Si en France la tradition bureaucratique et la présence d'une administration centrale et forte permettent de mettre en place le secteur et, par conséquent, de réformer l'hôpital, en Italie l'absence d'un État central et l'émergence de mobilisations amènent au rejet du secteur ainsi qu'à la progressive suppression de l'hôpital psychiatrique.

En écartant toute forme de catégorisation socialement préétablie, les enquêtes présentées dans la troisième partie de ce travail ont permis de réintroduire de la continuité dans l'analyse de l'expérience de s'en remettre à un spécialiste du mental. Lorsqu'il s'agit de régler la délégation, cette continuité s'installe chez les personnes interviewées en France entre la *réversibilité* et l'*irréversibilité* des événements vécus. Le réglage des modes d'avoir recours aux spécialistes oscille entre une délégation totale et imposée à un bénéficiaire, et une délégation limitée et réglée par un demandeur-bénéficiaire. En engageant des patients et des proches, l'enquête italienne a plutôt mobilisé la continuité qui caractérise les « malades » et les « non malades » dans l'appel aux *Dipartimenti di Salute Mentale*. Lorsqu'on analyse les circonstances et les raisons du tout premier recours à un spécialiste, les acteurs mobilisent plusieurs formes graduées de l'expérience (oubli/mémoire, individuel/collectif, privé/public, aide pour soi-même/aide pour un tiers) pour marquer les différentes qualités caractérisant leur participation à cet événement.

Pour conclure, même si cette analyse présente les modèles français et italien dans une relation d'opposition, il serait erroné de les considérer l'un comme étant le représentant exclusif de la *lutte contre les maladies mentales* et l'autre comme celui de la *tutela della salute mentale*. Lutter contre l'entité morbide et protéger la personne des attaques de celle-ci ne sont que deux composantes qui coexistent dans toute action menée dans une visée médicale<sup>6</sup>. Ainsi ces deux modes de stabiliser une politique publique ne sont que deux variantes d'une même *politique du risque* qui vise d'une part, à neutraliser, de l'autre, à prévenir ce qui est considéré comme menaçant une collectivité ou des individus<sup>7</sup>. Par le maintien de l'hôpital psychiatrique, le modèle français est le représentant d'une épreuve menée principalement de manière ciblée, sectorisée et spécialisée visant à éliminer les maladies mentales chez les individus. Alors que, par le développement de l'extrahospitalier dans le cadre d'un Système Sanitaire National, le modèle italien est le représentant d'une épreuve essentiellement organisée de manière aspécifique et plurielle qui vise à protéger la collectivité de l'émergence de risques liés à la santé mentale.

---

<sup>6</sup> Franco Fornari, psychanalyste italien, a analysé ces deux composantes – qu'il appelait respectivement *soigner* et *prendre soin* – dans la pratique médicale (Fornari, 1976). Pour une analyse de l'articulation de ces deux catégories à l'hôpital, voir Guerra (1992).

<sup>7</sup> En développant une approche pragmatique à la sociologie de la menace, Dominique Linhardt décrit celle-ci comme « ce qui émerge de la configuration particulièrement reliant ceux qui en sont les porteurs, ceux qui la subissent et ceux à qui a été conférée la charge de sa gestion » (Linhardt, 2001 : 78).







## Bibliographie

- ABBOTT Andrew, 1988, *The system of professions : an essay on the division of expert labor*, Chicago, London, The University of Chicago Press.
- ABBOTT Andrew, 2009, « 11. À propos du concept de Turning Point », in Marc Bessin, Claire Bidart et Michel Grossetti (dir.), *Bifurcations. Les sciences sociales face aux ruptures et à l'événement*, Paris, La Découverte, p. 187-211.
- ADAM Philippe et HERZLICH Claudine, 2007, *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris, Armand Colin.
- AKRICH Madeleine, CALLON Michel et LATOUR Bruno, 2006, *Sociologie de la traduction : textes fondateurs*, Paris, Presses des Mines.
- AKRICH Madeleine, MÉADEL Cécile, RABEHARISONA Vololona, 2009, *Se mobiliser pour la santé. Des associations de patients témoignent*, Paris, Presses des Mines.
- ARBORIO Anne-Marie, 2009, « Les aides-soignantes à l'hôpital. Délégation et professionnalisation autour du "sale boulot" », in Didier Demazière, Charles Gadéa (dir.), *Sociologie des groupes professionnels : acquis récents et nouveaux défis*, Paris, La Découverte, p. 51-61.
- ARIÈS Philippe, DUBY Georges et CHARTIER Roger, 1999, *Histoire de la vie privée*, Paris, Éditions du Seuil.
- AURELI CUTILLO Enrica et BOLASCO Sergio, 2004, *Applicazioni di analisi statistica dei dati testuali*, Roma, Università La Sapienza.
- BALDUZZI Edoardo, 1969, « Psychiatrie dans la communauté et politique de secteur », *L'information psychiatrique*, vol. 45, n° 4, p. 357-374.
- BALDUZZI Edoardo, 1998, « La psychiatrie italienne contemporaine à la lumière de la vie et de l'œuvre de Dario De Martis (1926-1996) », *L'information psychiatrique*, vol. 74, n° 7, p. 699-700.
- BALDUZZI Edoardo et BALDUZZI Carlo, 1981, « La loi psychiatrique du 13 mai 1978 », *L'information psychiatrique*, vol. 57, n° 5, p. 569-579.
- BARBIER Jean-Claude et LETABLIER Marie-Thérèse (dir.), 2007, *Politiques sociales : enjeux méthodologiques et épistémologiques des comparaisons internationales*, Bruxelles, Peter Lang.
- BARTHES Roland, 1985, *L'aventure sémiologique*, Le Seuil, Paris.
- BASAGLIA Franco (dir.), 1968, *L'istituzione negata: rapporto da un ospedale psichiatrico*, Torino, Einaudi.

- BASAGLIA Franco, 1969, « Institution psychiatrique et société », *L'information psychiatrique*, vol. 45, n° 7, p. 709-740.
- BASZANGER Isabelle, 1995, *Douleur et médecine. La fin d'un oubli*. Le Seuil, Paris.
- BATTISTON Edgardo *et al.*, 1980, *Il circuito del controllo dal manicomio al decentramento psichiatrico: atti e documenti del Réseau di alternativa alla psichiatria*, Trieste, Cooperativa libraria - Centro culturale, stampa.
- BECKER Howard Saul, 1995 [1963], *Outsiders : études de sociologie de la déviance*, Paris, Métailié.
- BECKER Howard Saul, 2002, *Les ficelles du métier : comment conduire sa recherche en sciences sociales*, Paris, Éditions La Découverte.
- BESSY Christian et CHATEAURAYNAUD Francis, 1995, *Experts et faussaires : pour une sociologie de la perception*, Paris, Métailié.
- BIAREZ Sylvie, 2003, « Quelle politique pour la santé mentale ? », *Cahiers de recherche de la MIRE*, n° 15, p. 35-36.
- BIAREZ Sylvie, 2004, « Une politique publique : la santé mentale (1970-2002) », *Revue Française d'Administration Publique*, vol. 3, n° 111, p. 517-531.
- BICHI Rita, 2002, *L'intervista biografica: una proposta metodologica*, Milano, Vita e pensiero.
- BLUMER Herbert, 2004 [1971], « Les problèmes sociaux comme comportements collectifs », *Politix*, vol. 17, n° 67, p. 185-199.
- BOLASCO Sergio, 2004, *Analisi multi-dimensionale dei dati*, Roma, Carocci.
- BOLTANSKI Luc, 1984, « La dénonciation », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 51, n° 1, p. 3-40.
- BOLTANSKI Luc, 1993, *La souffrance à distance. Morale humanitaire, médias et politique*, Paris, Métailié.
- BOLTANSKI Luc et CHIAPELLO Ève, 1999, *Le nouvel esprit du capitalisme*, Paris, Gallimard.
- BONICA Laura et CARDANO Mario (dir.), 2008, *Punti di svolta Analisi del mutamento biografico*, Bologna, Il Mulino.
- BONNY Yves et DEMAILLY Lise (dir.), 2012, *L'institution plurielle*, Villeneuve d'Ascq, Presses Universitaires du Septentrion.
- BOUSSAGUET Laurie, JACQUOT Sophie et RAVINET Pauline, 2010, *Dictionnaire des politiques publiques*. Paris, Presses de Sciences Po.

- BOWLBY John, 1951, *Soins maternels et santé mentale : contribution de l'Organisation mondiale de la santé au programme des Nations unies pour la protection des enfants sans foyer*, Genève, Organisation mondiale de la santé.
- BRENNA Antonio, 1975, « Riforma sanitaria: s'impone una nuova strategia? », *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n° 17/18, p. 1-3.
- BRENNA Antonio, 1999, *Manuale di economia sanitaria*, Milano, CIS Editore.
- BUCCHI Massimiano, 2002, *Scienza e società: introduzione alla sociologie della scienza*, Bologna, Il Mulino.
- BUSINO Giovanni, 2001, « Intorno alle discussioni e ricerche recenti sulla sociologia delle scienze », *Revue européenne des sciences sociales* [En ligne], XXXIX-120, p.145-189.
- CALLON Michel et RABEHARISOA Vololona, 1999, « De la sociologie du travail appliquée à l'opération chirurgicale : ou comment faire disparaître la personne du patient ? », *Sociologie du Travail*, vol. 41, n° 2, p. 143-162.
- CALVARUSO Claudio, FRISANCO Renato, IZZO Salvatore, (dir.), 1982, *Indagine Censis – Ciseff sulla attuazione della riforma psichiatrica e sul destino dei dimessi dagli O.P.*, Edizioni Paoline, Roma.
- CAMPANA Aurélie, HENRY Emmanuel, JAY Rowell (dir.), 2007, *La construction des problèmes publics en Europe : émergence, formulation et mise en instrument*, Strasbourg, Presses universitaires de Strasbourg.
- CANGUILHEM Georges, 2009 [1966], *Le normal et le le pathologique*, Paris, PUF.
- CARDANO Mario et LEPORI Giulia, 2012, *Udire la voce degli dei. L'esperienza del Gruppo Voci*, Franco Angeli, Milano.
- CARDEA Roberto, FRISANCO Renato, 1987, « Primo bilancio sull'attuazione della legge di riforma psichiatrica: stato di funzionamento e modelli tipologici dei nuovi servizi alla luce dei risultati di una indagine nazionale », *Epidemiologia e Prevenzione*, n. 31, p.41-52.
- CARLI Renzo et PANICCIA Rosa M., 2011, *La cultura dei servizi di salute mentale in Italia. Dai malati psichiatrici alla nuova utenza: l'evoluzione della domanda di aiuto e delle dinamiche di rapporto*, Milano, Franco Angeli.
- CARPANO Gilberto et GIULIANI Marco (dir.) 1996, *Dizionario di politiche pubbliche*, Roma, Nuova Italia Scientifica.
- CASELLI Marco, 2005, *Indagare col questionario: introduzione alla ricerca sociale di tipo standard*, Milano, Vita e Pensiero.
- CASTAING Cécile (dir.), 2012, *La territorialisation des politiques de santé*, Bordeaux, Les Études hospitalières.

- CASTEL Robert, 1976, *L'ordre psychiatrique, l'âge d'or de l'aliénisme*, Paris, Éditions de Minuit.
- CASTEL Robert, 1981, *La gestion des risques : de l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse*, Paris, Éditions de Minuit.
- CASTEL Robert, 1983, « De la dangerosité au risque », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 47, n° 1, p. 119-127.
- CASTEL Robert, 1986, « Nouveaux concepts en sante mentale », *Social Science & Medicine*, vol. 22, n° 2, p. 161-171.
- CEFAÏ Daniel et TERZI Cédric (dir.), 2012, *L'expérience des problèmes publics*, Paris, Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales.
- CENTEMERI Laura, 2006, *Ritorno a Seveso: il danno ambientale, il suo riconoscimento, la sua riparazione*, Bruno Mondadori, Milano.
- CHAPIREAU François, 1997, Économie et santé mentale, *Pour la Recherche*, n°14.
- CHAPIREAU François, 2007, « L'évolution du recours à l'hospitalisation psychiatrique au XXe siècle » in Magali Coldefy (dir.), *La prise en charge de la santé mentale - Recueil d'études statistiques*, Paris, La Documentation française.
- CHARAUDEAU Patrick et MAINGUENEAU Dominique, 2002, *Dictionnaire d'analyse du discours*, Paris, Éditions du Seuil.
- CHATEAURAYNAUD Francis, 1997, « Vigilance et transformation. Présence corporelle et responsabilité dans la conduite des dispositifs techniques », *Réseaux*, vol. 15, n° 85, p. 101-127.
- CHATEAURAYNAUD Francis, 1998, « La sociologie pragmatique à l'épreuve des risques. Exercice de crise sur le dossier nucléaire », *Politix*, vol. 11, n° 44, p. 76-108.
- CHATEAURAYNAUD Francis, 2003, *Prospéro : une technologie littéraire pour les sciences humaines*, Paris, CNRS Éditions.
- CHATEAURAYNAUD Francis, 2011, *Argumenter dans un champ de forces : essai de balistique sociologique*, Paris, Éditions Pétra.
- CHATEAURAYNAUD Francis, 2013, « Regard analytique sur l'activité visionnaire », in Dominique Bourg, Pierre-Benoît Joly et Alain Kaufmann (dir.), *Du risque à la menace. Penser la catastrophe*, Paris, PUF.
- CHATEAURAYNAUD Francis et DOURY Marianne, 2010, « “Désormais...” Essai sur les fonctions argumentatives d'un marqueur de rupture temporelle », *Argumentation et Analyse du Discours* [En ligne], n° 4.
- CHATEAURAYNAUD Francis et TORNAY Didier, 1999, *Les sombres précurseurs : une sociologie pragmatique de l'alerte et du risque*, Paris, Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales.

- CIPOLLA Costantino et DE LILLO Antonio (dir.), 1996, *Il sociologo e le sirene: la sfida dei metodi qualitativi*, Milano, Franco Angeli.
- CIPRIANI Roberto, 2008, *L'analisi qualitativa. Teorie, metodi, applicazioni*, Roma, Armando Editore.
- CIPRIANI Roberto et BOLASCO Sergio, 1995, *Ricerca qualitativa e computer: teorie, metodi e applicazioni*, Franco Angeli, Milano.
- CIPRIANI Roberto et LOSITO Gianni (dir.), 2008, *Dai dati alla teoria sociale: analisi di un evento collettivo*, Roma, Anicia.
- CLOT Yves, 1996, *Les histoires de la psychologie du travail: approche pluri-disciplinaire*, Toulouse, Octares.
- COLDEFY Magali (dir.), 2007, *La prise en charge de la santé mentale - Recueil d'études statistiques*, Paris, La Documentation française.
- COMBEAU Pascal, 2012, « Territorialisation de la politique de santé », in Cécile Castaing (dir.), *La territorialisation des politiques de santé*. Bordeaux, Les Études hospitalières, p. 35-44.
- CONEIN Bernard, DODIER Nicolas et THÉVENOT Laurent (dir.), 1993, *Les objets dans l'action : de la maison au laboratoire*, Paris, Éditions de l'Ecole des hautes études en sciences sociales.
- CORBELLINI Gilberto et JERVIS Giovanni, 2008, *La razionalità negata: psichiatria e antipsichiatria in Italia*, Torino, Bollati Boringhieri.
- CREPET Paolo et DE SALVIA Domenico, 1982, *Psichiatria senza manicomio, Epidemiologia critica della Riforma*, Feltrinelli. Milano.
- CRESSON Geneviève et SCHWEYER François-Xavier (dir.), 2000, *Les usagers du système de soins*, Rennes, Éditions de l'École nationale de la santé publique.
- DE LEONARDIS Ota, 1990, *Il terzo escluso: le istituzioni come vincoli e come risorse*, Milano Feltrinelli.
- DE SALVIA Domenico, 1977, *Per una psichiatria alternativa*. Milano, Feltrinelli.
- « Décentralisation système de santé : l'exemple italien », 2010, n° 32, *Sociologie Santé*.
- DEL PISTOIA Luciano, 1979, « Nouvelle législation psychiatrique en Italie », *L'Évolution psychiatrique*, Tome 14, fascicule 1, p. 79-85.
- della RATTA-RINALDI Francesca, 2000, « L'analisi testuale: uno strumento per la ricerca sociale », *Sociologia e Ricerca Sociale*, n° 61, p. 102-127.

- della RATTÀ-RINALDI Francesca, 2008, « L'analisi testuale: uno strumento per la ricerca qualitativa », in Luciano Cecconi (dir.), *La ricerca qualitativa in educazione studio e analisi testuale*, Milano, Franco Angeli.
- DELLI ZOTTI Giovanni, 1996, « Il metodo comparato in sociologia », in Alberto Gasparini et Raimondo Strassoldo, *Tipi ideali di società*, Milano, FrancoAngeli, p. 151-177.
- DELLI ZOTTI Giovanni, 2004, *Introduzione alla ricerca sociale: problemi e qualche soluzione*, Milano, FrancoAngeli.
- DEMAILLY Lise, 2008, *Politiques de la relation : approche sociologique des métiers et activités professionnelles relationnelles*, Villeneuve d'Ascq, Presses Universitaires du Septentrion.
- DEMAILLY Lise, 2011, *Sociologie des troubles mentaux*, Paris, La Découverte.
- DEMAILLY Lise (dir.), 2013, *Les politiques de psychiatrie et santé mentale en Europe. Incertitudes et perspectives*, Sociologie Santé, n° 34.
- DEMAILLY Lise, AUTÈS Michel (dir.), 2012, *La politique de santé mentale en France. Acteurs, instruments, controverses*, Paris, Armand Colin.
- DEMAZIÈRE Didier et DUBAR Claude, 2004, *Analyser les entretiens biographiques : l'exemple des récits d'insertion*, Québec, Presses de l'Université Laval.
- DEMAZIÈRE Didier, GADEA Charles (dir.), 2009, *Sociologie des groupes professionnels : acquis récents et nouveaux défis*, Paris, La Découverte.
- DEMAZIÈRE Didier, BROSSAUD Claire, TRABAL Patrick et VAN METER Karl (dir.) 2006, *Analyses textuelles en sociologie : logiciels, méthodes, usages*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.
- DEMAZIÈRE Didier, ARAUJO GUIMARÃES Nadya, HIRATA Helena et SUGITA Kurumi, 2013, *Être chômeur à Paris, São Paulo, Tokyo : une méthode de comparaison internationale*, Paris, Les Presses de Sciences Po.
- DESROSIÈRES Alain, 1995, « Classer et mesurer : les deux faces de l'argument statistique », *Réseaux*, vol. 13, n° 71, p. 11-29.
- DEWEY John, 1993 [1938], *Logique : la théorie de l'enquête*, Paris, Presses universitaires de France.
- DEWEY John, 2010 [1927], *Le public et ses problèmes*, Paris, Gallimard.
- DIRECTION GÉNÉRALE DES ÉTUDES DU PARLEMENT EUROPÉEN, 1998, « Les systèmes de santé dans l'UE - Étude comparative », *Document de travail, Série Santé publique et protection des consommateurs*, vol. 101, n° 11.
- DODIER Nicolas, 2000, « Le droit et l'action au sens d'Arendt règles de sécurité et activité technique », in Philippe Robert, Francine Soubiran-Paillet, Michel Van De Kerchove (dir.) *Normes, normes juridiques, normes pénales Pour une sociologie des frontières*, Tome 2, Paris, L'Harmattan, p. 179-198.

- DODIER Nicolas, 2002, « Comment saisir les transformations en cours dans la gestion des risques collectifs ? Une approche sociologique issue de l'épidémie de sida ». Actes du Séminaire du GIS Risques Collectifs et Situations de Crise, dix-huitième séance, 29 mai 2002. Grenoble.
- DODIER Nicolas, 2003, *Leçons politiques de l'épidémie de sida*, Paris, Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales.
- DODIER Nicolas, 2004, « S'en remettre à un spécialiste. Contribution à une histoire politique de la délégation des soins », *Handicap*, vol. , n° 104, p. 9-20.
- DODIER Nicolas, 2005, « L'espace et le mouvement du sens critique », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, vol. 60e année, n° 1, p. 7-31.
- DRULHE Marcel, 1996, *Santé et société : le façonnement sociétal de la santé*, Paris, Presses universitaires de France.
- DRULHE Marcel et SICOT François (dir.), 2011, *La santé à cœur ouvert : sociologie du bien-être, de la maladie et du soin*, Toulouse, Presses universitaires du Mirail.
- DUBAR Claude, 2012, *Le secret d'Alvino : récits de vie d'un Indien du Brésil*, Paris, Les Belles Lettres.
- DUMONT Louis, 1991, *Essais sur l'individualisme : une perspective anthropologique sur l'idéologie moderne*, Paris, Éditions du Seuil.
- DUPRET Baudouin, 2012, « On y croit, mais là, c'est pathologique ». Curseur de normalité et cadre de référence », in *Ce qui fait les êtres. La caractérisation des êtres naturels et surnaturels, Les Rencontres du Centre Jacques Berque*, vol n° 2 – Février, [En ligne], Rabat (Maroc), p. 24-30.
- ECO Umberto, 2006, *Dire presque la même chose, expériences de traduction*, Grasset, Paris.
- EHRENBERG Alain, 2010, *La société du malaise*, Paris, Éditions Odile Jacob.
- EHRENBERG Alain et LOVELL Anne M., 2000 (dir.) *La maladie mentale en mutation : psychiatrie et société*, Paris, Éditions Odile Jacob.
- ELKAÏM Mony (dir.) 1977, *Réseau Alternative à la Psychiatrie - Collectif international - Réseau-alternatif*, Union Générale d'Éditions - U.G.E.
- EMERSON Robert M. et MESSINGER Sheldon L., 1977, « The Micro-Politics of Trouble », *Social Problems*, vol. 25, n° 2, p 121-134.
- FARGE Arlette et FOUCAULT Michel, 1982, *Le désordre des familles : lettres de cachet des archives de la Bastille au XVIIIe siècle*, Paris, Gallimard, Julliard.

- FARNETI Paolo, 1976, « I partiti politici e il sistema di potere », in Castronovo Valerio (dir.) *L'Italia contemporanea: 1945-1975*, Torino, Einaudi.
- FERRAROTTI Franco, 1981, *Storia e storie di vita*, Bari, Laterza.
- FIORILLI Olivia, 2011, « Appunti per una storia del movimento anti-istituzionale in Italia. Il rinnovamento del Santa Maria della Pietà di Roma », *Dimensioni e problemi della ricerca storica*, n° 1, p. 221-257.
- FIORITTI Angelo 2002 (dir.), *Leggi e salute mentale : panorama europeo delle legislazioni di interesse psichiatrico*, Torino, Centro scientifico Editore.
- FORNARI Franco, 1976, *Simbolo e codice. Dal processo psicoanalitico all'analisi istituzionale*, Feltrinelli, Milano.
- FOUCAULT Michel, 1972, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard.
- FREHAUT Perrine, KLEIN Tristan et LAFFON Philippe, 2009, *Comparaison internationale sur les choix effectués en matière de couverture complémentaire santé*, Centre d'analyse stratégique et Ministère du budget, des comptes publics et de la fonction publique.
- FREIDSON Eliot, 1984, *La profession médicale*, Paris, Payot.
- GADÉA Charles et GRELON André, 2009, Est-ce ainsi que les professions meurent ? in Didier Demazière, Charles Gadéa (dir.), *Sociologie des groupes professionnels : acquis récents et nouveaux défis*, Paris, La Découverte, p. 51-61
- GENTIL Roger, 1979, *Psychiatrie et politique / Roger Gentis, Franco Basaglia in Dialogues franco-italiens...*, Centre culturel français et Istituto italiano di cultura, Paris, Institut culturel italien.
- GIANTURCO Giovanna, 2005, *L'intervista qualitativa: dal discorso al testo scritto*, Milano, Guerini scientifica.
- GINZBURG Carlo, 1986, *Miti, emblemi, spie: morfologia e storia*, Torino, G. Einaudi.
- GLASER Barney et STRAUSS Anselm, 2010, *La découverte de la théorie ancrée : Stratégies pour la recherche qualitative*, Paris, Armand Colin.
- GODFRYD Michel, 2001, *Le droit de la santé mentale par les textes*, Paris, Éditions Heures de France.
- GOFFMAN Erving, 1968 [1961], *Asiles : études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Paris, Éditions de Minuit.
- GOLDSTEIN, 1997 [1987], *Consoler et classifier l'essor de la psychiatrie française*, Le Plessis-Robinson Synthélabo.



- GOULD Peter et BAILLY Antoine (dir.), 1995, *Le pouvoir des cartes. Brian Harley et la cartographie*. Paris, Anthropos.
- GRENIER Guy, 1998, « Book Review - Jan Goldstein; Consoler et classifier. L'essor de la psychiatrie française. », *Canadian Bulletin of Medical History*, vol. 15, n° 1, p. 236-237.
- GUELFI Julien-Daniel et ROUILLON Frédéric, 2012, *Manuel de psychiatrie*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier-Masson.
- GUERRA Giovanni, 1992, *Psicosociologia dell'ospedale: analisi organizzativa e processi di cambiamento*, Roma, Carocci.
- GUSFIELD Joseph R., 2009 [1984], *La culture des problèmes publics. L'alcool au volant : la production d'un ordre symbolique*, Paris, Economica.
- HACKING Ian, 2008, *Entre science et réalité : la construction sociale de quoi ?*, Paris, La Découverte.
- HAMID Hamada, ABANILLA Karen, BAUTA Besa et HUANG Keng-Yen, 2008, « Evaluating the WHO Assessment Instrument for Mental Health Systems by comparing mental health policies in four countries », *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 86, n° 6, p. 467-473.
- HAUTCHAMP Mikaël, Pierre NAVES et Dominique TRICARD, 2005, *Rapport de la mission « Quelle intervention sociale pour ceux qui ne demandent rien ? »*, Inspection générale des affaires sociales, Paris.
- HENCKES Nicolas, 2007, *Le nouveau monde de la psychiatrie française. Les psychiatres, l'État et la réforme des hôpitaux psychiatriques de l'après-guerre aux années 1970*, Paris, École des hautes études en sciences sociales.
- HUGHES Everett Cherrington, 2010 [1971], *Lo sguardo sociologico*, Bologna, Il Mulino.
- JACOB Christian, 1992, *L'Empire des cartes : Approche théorique de la cartographie à travers l'histoire*, Paris, Albin Michel.
- JASPERS Karl, 2000 [1913], *Psychopathologie générale*, Paris, Editions Claude Tchou Pour La Bibliothèque Des Introuvables.
- JENNY Jacques, 1997, « Méthodes et pratiques formalisées d'analyse de contenu et de discours dans la recherche sociologique française contemporaine. État des lieux et essai de classification. », *Bulletin de Méthodologie Sociologique*, vol. 1, n° 54, p. 64-122.
- KADUSHIN Charles, 1969, *Why People Go to Psychiatrists*, Transaction Publishers.

- KOVESS Viviane, 1996, *Épidémiologie et santé mentale*, Paris, Flammarion.
- KOVESS Viviane *et al.*, 2001, *Planification et évaluation des besoins en santé mentale*, Paris, Flammarion.
- KOVESS Viviane, BOISSON Marine, GODOT Célia *et al.*, 2009, *La santé mentale, l'affaire de tous. Pour une approche cohérente de la qualité de vie*, Paris : Centre d'analyse stratégique.
- « L'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan "psychiatrie et sante mentale" » (2005-2010), 2011, *Rapport de la Cour des Comptes*.
- LANDOWSKI Éric et MARRONE Gianfranco (dir.), 2002, *La società degli oggetti: problemi di interoggettività*, Roma, Meltemi.
- LASAGNO Davide, 2012, *Oltre l'Istituzione*, Torino, Ledizioni.
- LASCOUMES Pierre et LE GALES Patrick, 2004, *Gouverner par les instruments*, Paris, Presses de Sciences Po.
- LATOUR Bruno, 1987, « Les "vues" de l'esprit », *Culture et technique*, vol. 5, n° 27, p. 79-96.
- LATOUR Bruno, 1991, *Nous n'avons jamais été modernes : essai d'anthropologie symétrique*, Paris, Éditions La Découverte.
- LATOUR Bruno, 1999, « Piccola filosofia dell'enunciazione » in Pierluigi Basso et Lucia Corrain, (dir.), *Eloquio Del Senso: Dialoghi Semiotici Per Paolo Fabbri*, Costa & Nolan, 71-94.
- LATOUR Bruno, 2001, *Pasteur suivi de Irreductions : guerre et paix des microbes*, Paris, la Découverte.
- LATOUR Bruno, 2006, *Petites leçons de sociologie des sciences*, Paris, Éditions La Découverte.
- LATOUR Bruno, 2007, *Changer de société, refaire de la sociologie*, Paris, la Découverte.
- LAVAL Christian, 2005, « La santé mentale : une exigence de débat démocratique », in Michel Joubert et Claude Louzoun (dir.), *Répondre à la souffrance sociale*, Toulouse, ERES.
- « Le livre noir du service de santé mentale français », 1974, *L'information psychiatrique*, vol. 50, n° 6, p. 601-635.
- « Le livre noir du service de santé mentale français », 1974, *L'information psychiatrique*, vol. 50, n° 8, p. 793-861.
- LEBART Ludovic et SALEM André, 1994, *Statistique textuelle*, Paris, Dunod.
- LEGRAND Michel, 1988, *La psychiatrie alternative italienne*, Toulouse, Privat.

- LEIMDORFER François, 1994, Le pouvoir de nommer et le discours juridique : deux exemples d'acte de parole en droit, *Sociétés contemporaines* n° 18-19, p. 145-163.
- LEIMDORFER François, 2010, *Les sociologues et le langage*, Paris, Éditions de la Maison des sciences de l'homme.
- LEIMDORFER François et SALEM André, 1995, « Usages de la lexicométrie en analyse de discours », *Cahiers des Sciences Humaines*, vol. 31, n° 1, p. 131-143.
- LERNOUT Tiffany, LEBRUN Louis et BRÉCHAT Pierre-Henri, 2008, « Trois générations de schémas régionaux d'organisation sanitaire en quinze années : bilan et perspectives », *Santé Publique*, vol. 19, n° 6, p. 499-512.
- LEVERRIER Michel, 1975, *Demandes et psychiatrie de secteur*, Paris, Paris : ÉPI.
- LINHARDT Dominique, 2001, « L'économie du soupçon », *Genèses*, vol. 44, n° 3, p. 76-98.
- LINHARDT Dominique, 2008, « L'État et ses épreuves : éléments d'une sociologie des agencements étatiques », *Papiers de recherche du CSI*, n° 9, Paris, Centre de Sociologie de l'Innovation.
- LINHARDT Dominique et VITALE Tommaso (dir.), 2012, Épreuves d'État, *Quaderni* n°78/printemps 2012, Villers-les-Nancy, Sapiientia.
- LIVET Pierre et NEF Frédéric, 2009, *Les êtres sociaux : processus et virtualité*, Paris, Éditions Hermann.
- LOUZOUN Claude et STYLIANIDIS Stélis, 1987, *La nouvelle psychiatrie italienne*, Paris, La Documentation française.
- LOVELL Anne M. (dir.), 2004, *Santé mentale et société*, Paris, la Documentation Française.
- LOVELL Anne M., 2012, « Sociologie des troubles psychiatriques », in Julien-Daniel Guelfi et Frédéric Rouillon, (dir.), *Manuel de psychiatrie*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier-Masson, p. 65-73.
- MACIOTI Maria Immacolata (dir.), 1985, *Biografia, storia e società: l'uso delle storie di vita nelle scienze sociali*, Napoli, Liguori.
- MACIOTI Maria Immacolata (dir.), 1995, *Oralità e vissuto: l'uso delle storie di vita nelle scienze sociali*, Napoli, Liguori.
- MAJERUS Benoît, 2011, « La baignoire, le lit et la porte. La vie sociale des objets de la psychiatrie », *Genèses*, vol. n° 82, n° 1, p. 95-119.
- MARRADI Daniele et NIGRIS Alberto (dir.), 2010, *Evidence-based medicine: una critica*, Milano, Franco Angeli.

- MARTIN-PAPINEAU Nathalie, 2012, « La construction de la politique de santé », in Cécile Castaing (dir.) *La territorialisation des politiques de santé*, Bordeaux, Les Études hospitalières, p. 17-33.
- MATTOZZI Alvisé (dir.), 2006, *Il senso degli oggetti tecnici*, Roma, Meltemi.
- MAZZEGA Danièle et MUSITELLI Jean, 1980, *L'organisation régionale en Italie*, La Documentation française, Paris.
- METGE Jean-Luc, 1980, *Psichiatria democratica ou l'Optimisme de la pratique*, Paris, Éditions du Scarabée.
- MINISTERO DELLA SALUTE, 2008, *Linee di indirizzo nazionali per la Salute Mentale*, [En ligne].
- MOL Annemarie, 2009, *Ce que soigner veut dire : repenser le libre choix du patient*, Paris, Presses des mines.
- MURAT Laure, 2002, *La maison du docteur Blanche : histoire d'un asile et de ses pensionnaires, de Nerval à Maupassant*, Paris, Hachette littératures.
- NACHI Mohamed, 2006, *Introduction à la sociologie pragmatique : vers un nouveau style sociologique ?*, Paris, Armand Colin.
- NIGRIS Daniele, 2003, *Standard e non-standard nella ricerca sociale: riflessioni metodologiche*, Milano, Franco Angeli
- NIGRIS Daniele, 2008, « Epistemologie delle narrazioni di malattia: un frame concettuale per l'analisi della illness », in Clemente Lanzetti, Linda Lombi, Michele Marzulli (dir.), *Metodi qualitativi e quantitativi per la ricerca sociale in sanità*, Milano, Franco Angeli.
- OMS, 1948, *OMS Bulletin d'information*, n° 3. Genève
- OMS, 1950, *Comité d'experts de la santé mentale. Rapport sur la première session*, Genève.
- OMS, 1955, *Législation relative à l'assistance psychiatrique. Quatrième rapport du Comité d'experts de la santé mentale*. Genève,
- OMS, 1957, *L'hôpital psychiatrique, centre d'action préventive en santé mentale. Cinquième rapport du Comité d'experts de la santé mentale*. Genève.
- OMS, 1959, *Psychiatrie sociale et attitudes de la collectivité. Septième rapport du Comité d'experts de la santé mentale*. Genève.
- OMS, 1960, *Épidémiologie des troubles mentaux. Huitième rapport du Comité d'experts de la santé mentale*, Genève.
- OMS, 1966, *Considérations sur la santé mentale de la famille en Europe*, Genève.

- PACI Massimo, 2013, *Lezioni di sociologia storica*, Bologna, Il Mulino.
- PALIER Bruno, 2010, « Path dependence (Dépendance au chemin emprunté) », in Laurie Boussaguet, Sophie Jacquot et Pauline Ravinet, 2010 (dir.), *Dictionnaire des politiques publiques*, Paris, Presses de Sciences Po, p. 411-419.
- PARSONS Talcott, 1955, *Éléments pour une sociologie de l'action*, Paris, Plon.
- PASSERON Jean-Claude REVEL Jacques (dir.), 2005, *Penser par cas*, Paris, Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales.
- PELLEGRINO Patrizia, 2012, *Follie ragionate: il male e la cura nelle parole dei pazienti psichiatrici*, Torino, UTET Università.
- PESTRE Dominique, 2006, *Introduction aux science studies*, Paris, La Découverte.
- PIASENZA Paolo, 1990, *Polizia e città : strategie d'ordine, conflitti e rivolte a Parigi tra Sei e Settecento*, Bologna, Il Mulino.
- PIERANTONI Isabella, 1998, « Bisogno e domanda di salute: probabilità, percezioni soggettive e valori monetari », *Economia pubblica : bimestrale di studi e d'informazione - Milano*, Vol. 28.1998, 2, p. 53-86.
- PLANTIN Christian, 1996, *L'argumentation*, Paris, Seuil.
- POSTEL Jacques et QUÉTEL Claude, 2002, *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, Paris, Dunod.
- QUÉTEL Claude, 1981, *De par le Roy : essai sur les lettres de cachet*, Toulouse, Privat.
- REVEL Jacques (dir.), 1996, *Jeux d'échelles : la micro-analyse à l'expérience*, Paris, Gallimard Le Seuil.
- ROCHAIX Lise et JACOBZONE Stéphane, 1997, « L'hypothèse de demande induite : un bilan économique », *Économie & prévision*, vol. 129, n° 3, p. 25-36.
- ROELANDT Jean Luc, 2011, « Servizi di salute mentale comunitari: l'esperienza di Lille Est, Francia », [En ligne], *SouQuaderni*, n° 4.
- ROSCIONI Lisa, 2003, *Il governo della follia : ospedali, medici e pazzi nell'età moderna*, Bruno Mondadori, Milano.
- ROSCIONI Lisa, 2011, « Soins et/ou enfermement ? Hôpitaux et folie sous l'Ancien Régime », *Genèses*, vol. n° 82, n° 1, p. 31-51.
- ROZIER Emmanuelle, 2011, *Le pragmatisme et sa méthode : Interdisciplinarité et observation en philosophie*, Éditions L'Harmattan.

- SHEPPARD Elizabeth, 2010, « Problème Public », in Laurie Boussaguet, Sophie Jacquot et Pauline Ravinet, 2010, *Dictionnaire des politiques publiques*, Paris, Presses de Sciences Po, p. 530-538.
- SOULET Marc-Henry éd., 2007, *La souffrance sociale : nouveau malaise dans la civilisation*, Fribourg, Academic press.
- SROS en santé mentale, les axes du schéma*, 1999, Agence régionale de l'hospitalisation du Centre, Orléans.
- STRAUSS Anselm Leonard, 1992, *La trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, Éditions L'Harmattan.
- TANSELLA Michele (dir.), 1997, *Making rational mental health services*, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore.
- TEDESCHI Paolo et TOZZI Valeria (dir.), 2004, *Il governo della domanda - Tutela della salute, committenza, programmazione-acquisto-controllo*, McGraw-Hill.
- TREVISAN Carlo, 1974, « Facciamo il punto sull'unità Locale », *Prospettive sociali e sanitarie*, n° 13, p. 3-7.
- TREVISAN Carlo, 1975, « L'Unità Locale nella prima legislatura regionale », *Prospettive sociali e sanitarie*, n° 16, p. 1-5.
- VERGNEAULT-BELMONT Françoise, 2008, *Lire l'espace, penser la carte*, Editions L'Harmattan.
- VICARELLI Giovanna, 2004, « I nodi della politica sanitaria in Italia. Radici storiche e prospettive. », *La rivista delle politiche sociali*, vol. 1, n° 4, p. 9-24.
- VICARELLI Giovanna et MALLET Jean-Olivier, 1999, « L'Italie : un service sanitaire national à l'histoire tumultueuse. », *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, vol. 39, n° 1, p. 5-23.
- VITALE Tommaso (dir.), 2007, *In nome di chi ? Partecipazione e rappresentanza nelle mobilitazioni locali*, Milano, Franco Angeli.
- WARIN Philippe, 2010, « Les politiques publiques face à la non-demande sociale », in Olivier Borraz et Guiraud Virginie *Politiques publiques 2. Changer la société*, Paris, Presses de Science Po, p. 287-312.

- WATTS Bradley V, SHINER Brian, KLAUSS Gunnar et WEEKS William B, 2011, « Supplier-induced demand for psychiatric admissions in Northern New England », *BMC Psychiatry*, vol. 11, n° 1, p. 146.
- WERNER Michael et ZIMMERMANN Bénédicte, 2003, « Penser l'histoire croisée : entre empirie et réflexivité », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, vol. 58e année, n° 1, p. 7-36.
- YIN Robert K., 1994, *Case study research: design and methods*, Thousand Oaks (Calif) London New Delhi, Sage.

## **Annexe n° 1. Adapter le logiciel Prospéro<sup>1</sup> à la langue italienne : le travail effectué à partir du corpus DISAME (*DIpartimenti SAalute MEntale*)**

Si l'on choisit d'utiliser un logiciel comme Prospéro, conçu et développé pour des corpus en français, l'analyse d'un corpus en langue italienne présuppose un travail en amont qu'il est nécessaire d'explicitier. Cette phase préliminaire est une condition *sine qua non* car les opérations de calcul du logiciel présupposent des catégorisations qui ne sont pas indépendantes de la langue du corpus et de l'objet sociologique traité.

Dans le cadre du séminaire *Socio-informatique des controverses*, suivi de 2011 à 2013 à l'École des Hautes Études en Sciences Sociales (EHESS), ce travail de thèse a pu bénéficier d'un échange avec les concepteurs et des utilisateurs du logiciel Prospéro. De plus, les connaissances nécessaires pour travailler des corpus en langue italienne, ont été développées au cours d'une formation qui a eu lieu au GSPR, et approfondies, ensuite, lors d'une collaboration avec Federico Ferretti, ingénieur d'études dans ce laboratoire. Une telle adaptation a exigé ainsi un travail de création de dictionnaires permettant à Prospéro de lire les structures textuelles de corpus en italien. Cette annexe vise à présenter de manière synthétique le travail réalisé, pas à pas, pour la constitution de ces dictionnaires. Cela est nécessaire, étant donné qu'un bon usage du logiciel suppose toujours de réfléchir à la structure et au contenu des dictionnaires avec lesquels les corpus sont traités. Les dictionnaires sont le point de départ du travail interprétatif du chercheur qui doit toujours réfléchir aux ajustements des dictionnaires selon le type de corpus<sup>2</sup>.

### **Première étape : faciliter le typage automatique par l'identification de terminaisons régulières**

Pour commencer l'analyse d'un corpus en italien, on a d'abord travaillé sur la liste de terminaisons de mots qui permet au logiciel de typer automatiquement les termes qui

---

<sup>1</sup> Pour une présentation complète et approfondie du logiciel et du travail sur des dossiers complexes, voir Chateauraynaud (1999 ; 2003), et Torny et Trabal (2006). Il est possible également de consulter le site de <http://prosperologie.org/> et pour des travaux sur socio-informatique et argumentation le blog <http://socioargu.hypotheses.org/>

<sup>2</sup> Cette annexe s'inspire des méthodes et procédures suivies pour adapter les dictionnaires de Prospéro à l'espagnol. Le billet scientifique « Adapter Prospéro à l'analyse de corpus en espagnol » peut être consulté sur la plateforme francophone des carnets de recherche en sciences humaines et sociales *Hypothese.org*, à l'adresse suivante : <http://socioargu.hypotheses.org/4087>.



apparaissent dans les textes en tant que substantifs, adjectifs, verbes, adverbess, articles, (respectivement : entités, qualités, épreuves, marqueurs et mots outils). La liste de ces terminaisons se trouve normalement dans un fichier qui permet au logiciel cette opération. En cas contraire, comme celui d'une première analyse d'un corpus en langue italienne, tous les mots sont typés dans la catégorie des « *indéfinis* ». Vider cette catégorie c'est donc un objectif pour bien commencer l'analyse mais il ne faut pas oublier, dans cette opération, la polysémie du langage.

Pour établir cette liste de terminaisons, on a consulté des manuels de grammaire et des dictionnaires en ligne. On a pu les introduire directement dans un fichier du logiciel qui permet d'automatiser cette étape. (cfr. par exemple, l'illustration 1 et le tableaux 1).

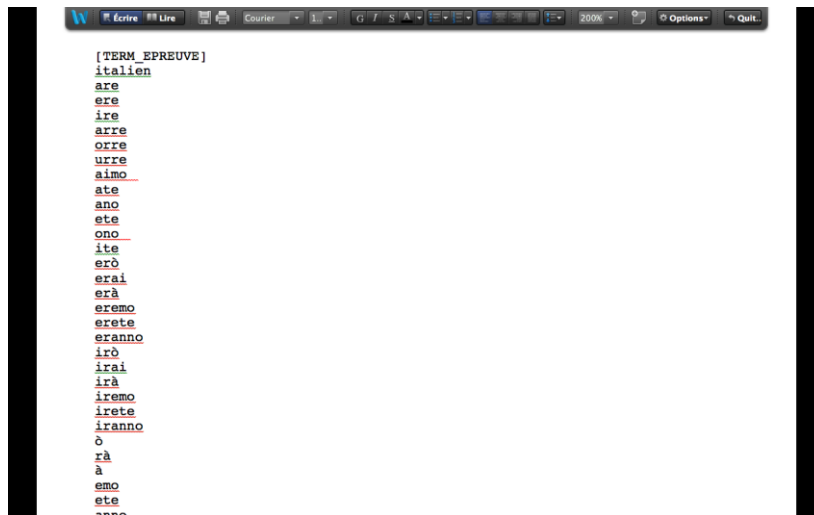


Illustration 1. Une partie de la liste des terminaisons utilisées pour identifier des verbes italiens afin de les typer dans la catégorie Épreuve

On a ainsi inséré les principales terminaisons de substantifs, d'adjectifs, de verbes, d'adverbes et d'articles.

Catégorie grammaticale	Catégorie en Prospéro	Principales terminaisons en langue italienne
Substantif	Entité	<i>accio, aggine, aggio, aglio, aglia, aio, aia, aiolo, ame, ano, ante, ente, anza, astro, enza, ario, ata, ato, eria, esca, esimo, età, eta, eto, etto ezza, fice, fero, ia, iere, iera, igia, ile, ina, ino, io, ione, ismo, ista, ità, ito, tù, itudine, izia, legio, mento, oio, orio, olaio, oide, ota, oto, ore, otto, tteria, sore, tore, tura, uccio, ucolo, uto, trice, uglìo, ura, uta, vendolo, zione, archia, filia, grafia, logia, mania, teca, iatra, scopia</i>
Adjectifs	Qualités	<i>ale, ambulo, bile, ario, ese, evole, ico, issimo, oso, tivo, istico</i>
Verbes	Épreuves	<i>are, ere, ire, arre, orre, urre, aimo, ate, ano, ete, ono, ite, erò, erai, erà, eremo, erete, eranno, irò, irai, irà, iremo, irete, iranno, ò, rà, à, emo, ete, anno, avo, avi, ava, avamo, avate, avano, evo, evi, eva, evamo, evate, evano, ivo, ivi, iva, ivamo, ivate, ivano, ai, asti, ammo, aste, arono, ei, etti, emmo, este, erono, isti, immo, iste, irono, esti, emmo, este, ero, assi, asse, assimo, aste, assero, essi, esse, essimo, este, essero, issi, isse, issimo, iste, issero, erei, ereste, erebbe, eremmo, ereste, erebbero, irei, iresti, irebbe, iremmo, ireste, irebbero</i>
Adverbes	Marqueurs	<i>mente</i>
Articles	Mots outils	<i>Il, lo la, gli, li, le, etc.</i>

Tableau 1. Les listes des terminaisons utilisées pour typer les différentes catégories grammaticales

Si établir cette liste permet au logiciel d'effectuer une première catégorisation automatique, cette opération n'exclut pas des erreurs d'étiquetage. Le chercheur, en effet, doit, manuellement, exclure de ces listes des terminaisons comme par exemple *o*, *i*, *a*, *e*, qui renvoient à la fois à plusieurs catégories grammaticales et qui, donc, ne permettent pas de faire le tri souhaité. Une fois que chaque dictionnaire est créé par le repérage de terminaisons, une vérification ultérieure est nécessaire pour chaque catégorie de Prospéro. À partir de la fonction « Recherche par préfixe/suffixe » du logiciel, on peut vérifier et, éventuellement, corriger cette première catégorisation de mots qui, malgré leur terminaison, ne font pas partie de la catégorie dans laquelle on les a classifiés. C'est l'exemple de certains mots italiens qui se terminent en *-are* ou in *-ire*, et qui ne sont pas des verbes comme, par exemple, *singolare* ou *lire*, (cfr. à ce propos l'illustration II). Pour cette opération et d'autres, le logiciel permet de revenir rapidement aux textes et aux contextes lexicaux d'origine de chaque mot.

Ensuite, les dictionnaires ont été nourris aussi manuellement, en typant des mots à partir des listes d'indéfinis. Et, sans négliger l'évidente polysémie de la langue, des mots ont été typés seulement après avoir étudié leur contexte d'emploi.

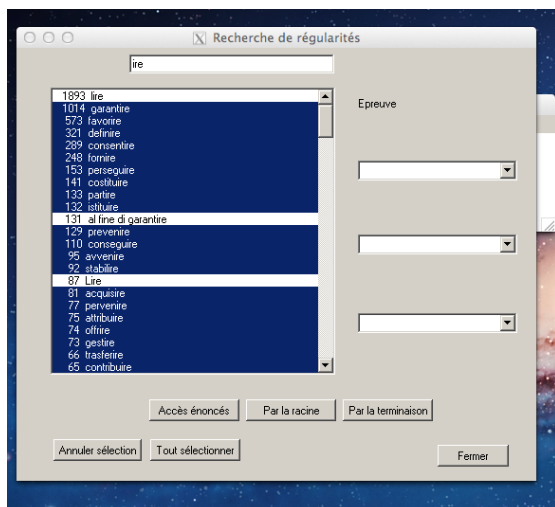


Illustration 2. Une partie de la liste des verbes typés comme « épreuves » à partir de la terminaison *ire*.

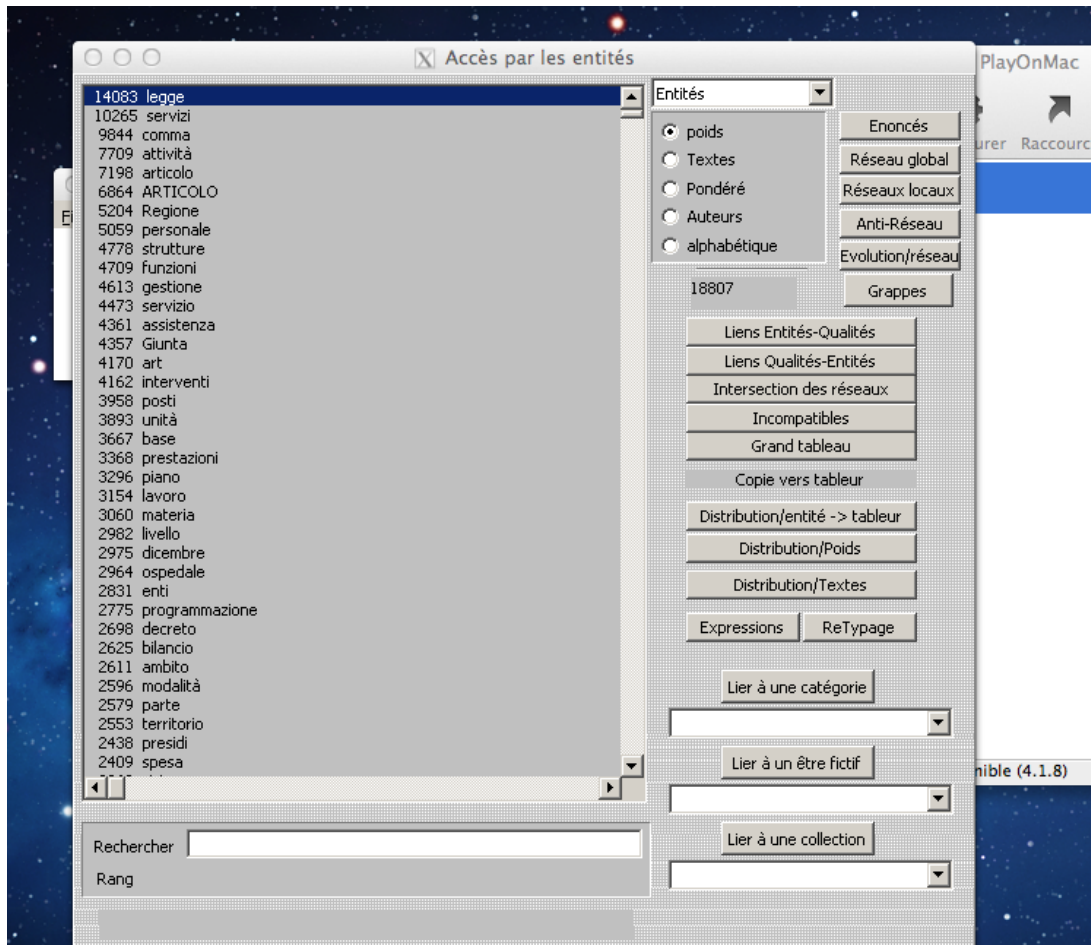


Illustration 3. Liste des Entités

## Seconde étape : définir des macro classes

La seconde étape a été celle de définir la liste des formes et des expressions lexicales de dictionnaires de macro classes (par exemple les **Êtres-fictifs**, les **Collections** et les **Catégories**).

Les Êtres-Fictifs servent à expliciter les procédés par lesquels les auteurs - et, par hypothèse, les lecteurs - d'un corpus relient naturellement des entités autour d'un noyau langagier relativement stable. On peut, par exemple, retrouver dans les textes l'Être-fictif *Sistema Sanitario Nazionale* (Système Sanitaire National) sous plusieurs formes graphiques. Il s'agit alors, de forger une sorte de macro-acteur ou de personnage géant qui contient des « représentants », c'est-à-dire toutes les variations lexicales présentes dans le corpus et qui renvoient à ce macro-acteur. Un Être-fictif est toujours écrit en majuscules et assorti du signe @.

En ce qui concerne les collections, les textes et les discours ont une capacité à produire des énumérations en puisant dans des répertoires de noms relevant de différentes classifications historiquement constituées : la liste des professions établie par un institut national de statistique, l'ensemble des spécialités médicales, la liste des Régions italiennes, les différentes structures qui composent i *Dipartimenti di Saute Mentale* (Départements de Santé Mentale), etc. Du coup, étudier le propos des auteurs des textes étudiés, suppose de recenser les collections qu'ils mobilisent. Il faut donc, comme pour les Êtres-Fictifs, dresser la liste des objets classifiés afin d'avoir de macro-collections.

Les catégories regroupent des éléments qui, sans être toujours interchangeables (cas limite de la synonymie), entrent dans des rapports de connotation de façon à produire un univers de discours cohérent : s'il y a l'un, l'autre n'est pas loin ou le chemin à parcourir de l'un à l'autre est relativement court. La construction des différents jeux de catégories n'obéit pas aux mêmes processus cognitifs selon qu'il s'agit des entités, des qualités, des marqueurs ou des épreuves. Du coup, l'on séparera les catégories d'entités, des catégories de qualités, des catégories d'épreuves, etc.

On ne peut pas procéder, pour cette étape, que par une classification manuelle. On peut former des classes à partir des dictionnaires formés lors de la première étape mais surtout par l'emploi de formules du logiciel. Elles permettent de faire des recherches en croisant entités, qualités, épreuves, marqueurs et mots outils.

<b>Type de dictionnaire</b> (Désignation en français = <i>designazione in italiano</i> )	<b>Des exemples de classes différentes : nom de la classe et ses représentants</b>
Êtres-fictifs = <i>Personaggi</i>	1) SSN@ ( <i>Service Sanitaire National</i> ) <i>SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE, Servizio Sanitario Nazionale, SSN, Servizio sanitario nazionale, servizio sanitario nazionale.</i> 2) SOCIOLOGI@ <i>SOCIOLOGO, Sociologo, Sociologi, sociologo.</i> 3) CORPO-MEDICO@ <i>medico, medici, medici di medicina generale, Medici, MEDICO</i> 4) ARTICOLO (diritto)@ <i>articolo, ARTICOLO, articoli, Articolo, Articoli</i>
Collections = <i>Collezioni</i>	REGIONI*, PROVINCE*, PROFESSIONI*, POLITICI-ITALIANI*, MINISTERI-ITALIANI*
Catégories d'Entités = <i>Categorie di Entità</i>	1) Relazioni familiari <i>nucleo familiare, ambiente familiare, assistenza familiare, ricongiungimento familiare, vita familiare, reddito familiare, l'ambiente familiare, nell'ambito familiare, consultorio familiare, l'assistenza familiare, familiari, Familiari, FAMILIARE, familiari-parentali, divorziato, divorzio, nonna, nonni, madre, madri, padre, Padri, Padre</i>
Catégories d'Épreuves	1) Delegare <i>possono essere delegati, possono essere delegate, puo' essere delegato, sono state delegate, delegare, delegarle, sono delegate, Sono delegate</i> 2) Curare <i>potrebbero essere curati, dovranno essere curati, potranno essere curate, debbano essere curati, deve essere curato, devono avere cura, prende cura della salute, devono essere curati</i>

## Annexe n° 2. Liste des catégories objet d'analyse et leurs représentants

### Corpus DISAME

Type de catégorie	Nom	Liste des représentants
Être-fictif	SSN@	SANITARIO NAZIONALE, SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE Servizio Sanitario Nazionale, SSN, Servizio sanitario nazionale, servizio sanitario nazionale
	PRESIDIO@	Presidio, presidi, presidio, PRESIDI, PRESIDIO
	USL@	UNITA LOCALE, Unità sanitaria Locale, unità sanitarie locali, unità sanitaria locale, Unità Sanitarie Locali, Unità Sanitaria locale, Unità Socio Sanitaria Locale, Unità Sanitari Locali, Unitê Sanitaria Locali, Unitê Socio-Sanitarie locali, Unitê Sanitarie locali, Unitê sanitarie lovali, Unitê Locali, Unitê Locale, Usl4, ULSS, ULSSS, USL, Unità sanitarie locali, Usl, Unitê sanitaria locale, UUSSLL, USLL, UULLSSSS, UUSSSSLL, USSSL, U. S. L.
	ASL@	Azienda unità sanitaria locale, aziende USSSL, Aziende Unità sanitarie locali, aziende ULSS, ASL, AUSL, Aziende unità sanitarie locali, azienda – USL, Aziende USL, Azienda Sanitaria Locale, Aziende sanitarie, aziende sanitarie, Aziende Sanitarie, azienda sanitaria, Azienda Sanitaria, Azienda sanitaria, AZIENDE SANITARIE, AZIENDA SANITARIA, aziende Sanitarie, Azienda regionale Unità sanitaria locale, Azienda Unità Sanitaria Locale
	LEA@	livelli di assistenza, Livelli di assistenza, Livelli essenziali di assistenza, livelli essenziali di assistenza, LEA, Livelli essenziali delle prestazioni
	OMS@	Organizzazione mondiale della sanità OMS, WHO
Cat_Entité	Tutela/Difesa-politiche-sociali	tutela dei diritti, tutela sanitaria, tutela degli utenti, tutela della maternità, tutela della salute dei lavoratori, tutela della procreazione, tutela globale della salute, TUTELA SANITARIA, tutela della salute dei tossicodipendenti, Tutela della collettività, Tutela sociale, Tutela della procreazione libera e responsabile e della, Tutela dei minori, tutela della salute, Tutela sanitaria, difesa della salute, Tutela igienico-sanitaria, TUTELA DELLA SALUTE, Tutela

		della salute, Difesa della salute, tutela/promozione, difesa sanitaria, protezione della maternità, protezione del minore, protezione materno-infantile, protezione della salute, protezione sanitaria, protezione sociale, tutela degli interessi sanitari, tutela attiva della salute, tutela della sanità pubblica, tutela e protezione del minore, tutela e promozione sociale, tutela residenziale, tutela della vita umana, tutela dai rischi, tutela della concorrenza, tutela della gravidanza, tutela della famiglia, tutela del cittadino, tutela dei consumatori, tutela e promozione della salute, tutela della popolazione, tutela delle persone, tutela della libertà
	Difesa/Protezione-materie	tutela del patrimonio, tutela delle acque, tutela del territorio, tutela degli animali, Tutela dell'ambiente, TUTELA DELLA QUALITA, Tutela qualità prodotti agro-alimentari e marchi, Tutela Beni Paesistico -Ambientali e Culturali, TUTELA DELL'AMBIENTE, Tutela Ambientale, Tutela e risanamento ambientale, Tutela qualità prodotti, tutela ambientale, protezione civile, PROTEZIONE CIVILE, Protezione civile, Tutela dell'Ambiente, Protezione Civile, TUTELA, Tutela, difesa, DIFESA, Difesa, difese, protezione, Protezione, PROTEZIONE, protezioni, tutela, protezione delle acque, protezione dell'ambiente ligure, Protezione dell'Ambiente, protezione degli animali, protezione della natura, protezione ambientale, Difesa del mare, Difesa del suolo, difesa delle acque, difesa e conservazione del suolo, difesa delle coste, difesa dell'ambiente, DIFESA DEL SUOLO, difesa del suolo, tutela dei parchi, tutela del demanio
	Tutela-salute-mentale	Tutela salute mentale, Tutela della Salute mentale, Tutela della salute mentale, tutela della salute mentale, Tutela della Salute Mentale, TUTELA DELLA SALUTE MENTALE, tutela e di promozione della salute mentale, tutela sociosanitaria delle persone con patologia psichiatrica



**Corpus SAME**

<b>Type de catégorie</b>	<b>Nom</b>	<b>Liste des représentants</b>
Être-fictif	SECTEUR-AUTRE@	secteur tertiaire, secteurs d'action sanitaire, secteur médico-social, secteur libéral, secteur social, secteur privé, secteur sanitaire, secteur éducatif, secteur ordinaire, secteur professionnel, secteur communautaire, secteur paramédical, secteur différencié, secteur particulier, secteur spécifique, secteur organisée, secteur urbain, secteur idéal, secteur utile, secteurs social, secteurs sanitaires, secteur marchand, secteur public, secteur d'action sanitaire
	SECTEUR@	secteurs, Secteurs, Secteur, secteurs, secteur, SECTEUR
	SECTEURPSY@	secteur de psychiatrie, secteurs de psychiatrie, secteurs psychiatriques, secteur psychiatrique
	SECTORISATION@	SECTORISATION, Sectorisation, sectorisation
	CARTE-SANITAIRE@	Carte du, Carte sanitaire, carte des, cartes respectives, cette carte, La carte, cartes sanitaires, carte sanitaire, carte sanitaire de psychiatrie, la carte du, la carte
	SMPR@	service médico-psychologique régional, SMPR, services médico-psychologiques régionaux
	OMS@	Organisation mondiale de la Santé, Organisation mondiale de la santé, OMS, O.M.S., Organisation Mondiale de la Santé, organisation mondiale de la santé, World Health Organization
Cat_Entité	Lutte-contre	Lutter contre, lutter contre, lutte contre, LUTTE CONTRE, Lutte contre
Cat_Entité	Lutte-contre la maladie mentale	Lutter contre la maladie mentale, lutter contre les maladies mentales, Lutte contre les maladies mentales

## Annexe n° 3. Corpus SAME : liste des textes

n°	NATURE JURIDIQUE DU TEXTE	DATE	TITRE
1	Circulaire	1960.03.15	relative au plan directeur des hôpitaux psychiatriques anciens
2	Circulaire	1960.03.15	relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales
3	Loi n° 68-5	1968.01.03	portant réforme « droit des incapables majeurs »
4	Circulaire	1969.01.24	relative à la bi-sexualisation des hôpitaux psychiatriques
5	Loi modifiée n° 70-1318	1970.12.31	portant réforme hospitalière
6	Circulaire	1971.01.18	relative à la lutte contre les maladies mentales et élaboration de la carte sanitaire dans le domaine de la psychiatrie
7	Arrêté	1972.03.14	modalités du règlement départemental de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies
8	Circulaire	1972.03.14	relative au règlement départemental de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies
9	Circulaire	1974.05.09	relative à la mise en place de la sectorisation psychiatrique infanto-juvénile
10	Circulaire	1974.05.09	relative à la mise en place de la sectorisation psychiatrique
11	Loi 75-534	1975.06.30	d'orientation en faveur des personnes handicapées
12	Arrêté	1975.12.30	relatif aux conditions de fonctionnement et d'agrément des centres de formation au diplôme d'État de psychomotricien
13	Loi n° 78-17	1978.01.06	relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés
14	Circulaire	1979.06.15	relative à l'accueil et aux urgences en psychiatrie
15	Décret	1980.04.17	relatif au classement des établissements publics et privés assurant le service public hospitalier
16	Loi n° 85-772	1985.07.25	portant diverses dispositions d'ordre social
17	Circulaire	1985.10.03	autorisant l'informatisation des résumés de sortie standardisés dans les établissements d'hospitalisation publics et privés participant au service public hospitalier
18	Loi n° 85-1468	1985.12.31	relative à la sectorisation psychiatrique intègre les secteurs dans la carte sanitaire générale
19	Circulaire	1986.03.12	relative à l'hospitalisation à domicile dans les établissements publics

<b>n°</b>	<b>NATURE JURIDIQUE DU TEXTE</b>	<b>DATE</b>	<b>TITRE</b>
20	Arrêté	1986.03.14	relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales comportant ou non des possibilités d'hébergement
21	Décret	1986.03.14	relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique
22	Loi n° 88-772	1986.07.28	portant diverses dispositions d'ordre social
23	Arrêté	1986.12.14	relatif au règlement intérieur-type fixant organisation des services médico-psychologiques régionaux relevant des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire
24	Circulaire	1987.12.21	relative à la planification en santé mentale et à la préparation de la mise en place de la carte sanitaire en psychiatrie
25	Décret	1988.11.24	relatif à l'informatisation des fiches par patient mises en place dans les secteurs psychiatriques rattachés à un centre hospitalier participant à la lutte contre les maladies mentales
26	Circulaire	1988.12.05	relative à l'organisation de la psychiatrie en milieu pénitentiaire
27	Circulaire	1989.01.06	relative à l'informatisation des hôpitaux publics
28	Circulaire	1989.07.24	relative à la généralisation du programme de médicalisation des systèmes d'information (P.M.S.I.) et à l'organisation de l'information médicale dans les hôpitaux publics
29	Loi	1990.01.23	portant diverses dispositions relatives à la sécurité sociale et à la santé
30	Circulaire	1990.03.14	relative aux orientations de la politique de santé mentale
31	Circulaire	1990.04.11	relative à l'expérimentation de la gestion de l'information médicale en psychiatrie
32	Loi n°90-527	1990.06.27	relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation
33	Arrêté	1990.10.01	relatif à l'organisation et au fonctionnement des services d'accueil familial thérapeutique
34	Arrête	1991.02.11	relatif aux indices de besoins concernant les équipements psychiatriques
35	Loi n° 91-748 du	1991.07.31	portant réforme hospitalière
36	Décret	1991.09.25	pris pour l'application des articles L 332-3 et L 332-4 du code de la santé publique et relatif à l'organisation et au fonctionnement de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques

<b>n°</b>	<b>NATURE JURIDIQUE DU TEXTE</b>	<b>DATE</b>	<b>TITRE</b>
37	Note d'orientation	1991.12.27	sur l'accueil familial thérapeutique des malades mentales
38	Décret	1992.05.15	relatif aux organes représentatifs dans les établissements publics de santé pris pour l'application de la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière et modifiant le code de la santé publique.
39	Décret	1992.06.05	relatif aux conférences sanitaires de secteur, pris pour l'application de la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991
40	Circulaire	1992.07.30	relative à la prise en charge des urgences psychiatriques
41	Décret	1992.10.02	relatif aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L-712.2 du code de la santé publique
42	Circulaire	1992.12.11	relative aux orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et adolescents
43	Circulaire	1993.07.19	portant sur le rappel des principes relatifs à l'accueil et aux modalités de séjours des malades hospitalisés pour troubles mentaux
44	Arrêté	1994.07.22	relatif au certificat d'aptitude aux fonctions d'aide-soignant et au certificat d'aptitude aux fonctions d'auxiliaire de puériculture
45	Arrêté	1994.09.20	relatif au traitement des données d'activité médicale et de coût
46	Décret	1994.10.27	relatif aux soins dispensés aux détenus par les établissements de santé assurant le service public hospitalier, à la protection sociale des détenus et à la situation des personnels infirmiers des services déconcentrés de l'administration pénitentiaire
47	Circulaire	1994.12.08	relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale
48	Circulaire	1995.03.21	relative à l'accès aux soins des personnes les plus démunies
49	Circulaire	1995.04.28	relative à l'harmonisation des pratiques relatives à l'injonction thérapeutique
50	Décret	1995.05.09	relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à mettre en œuvre l'activité de soins « Accueil et traitement des urgences » et modifiant le code de la santé publique

n°	NATURE JURIDIQUE DU TEXTE	DATE	TITRE
51	Arrêté du 10 mai 1995	1995.05.10	fixant la liste des établissements pénitentiaires sièges de services médico-psychologiques régionaux et des établissements pénitentiaires relevant du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire de chaque service médico-psychologique régional
52	Arrêté	1996.01.19	portant modification de l'arrêté du 3 février 1995 portant création d'un comité consultatif de santé mentale
53	Ordonnance	1996.04.24	relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins
54	Ordonnance	1996.04.24	portant réforme de l'hospitalisation publique et privée
55	Décret	1998.04.17	portant publication de l'entente en matière de santé entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement du Québec, signée à Paris le 25 mars 1997
56	Décret	1998.12.08	Décret no 98-1099 du 8 décembre 1998 modifiant le code de procédure pénale (troisième partie : Décrets) et relatif à l'organisation et au fonctionnement des établissements pénitentiaires
57	Décret	1999.01.12	portant application des articles 3 et 4 de la loi n° 98-144 du 6 mars 1998 et créant le titre Ier bis du livre VII du code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'État)
58	Décret	1999.04.26	relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes
59	Circulaire	2001.08.02	d'orientation relative aux actions de santé conduites dans le cadre des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) dans le champ de la santé mentale
60	Décret	2002.02.11	relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier
61	Loi n° 2002-303	2002.03.04	relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
62	Décret	2002.04.29	relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé en application des articles L. 1111-7 et L. 1112-1 du code de la santé publique
63	Décret	2003.05.21	relatif aux dispositions réglementaires des parties I, II et III du code de la santé publique

<b>n°</b>	<b>NATURE JURIDIQUE DU TEXTE</b>	<b>DATE (aa/mm/gg)</b>	<b>TITRE</b>
64	Ordonnance	2003.09.04	portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation
65	Arrêté	2004.01.05	modifiant l'arrêté du 22 juillet 1994 modifié relatif au diplôme professionnel d'aide-soignant et au diplôme professionnel d'auxiliaire de puériculture
66	Arrêté	2004.03.05	portant homologation des recommandations de bonnes pratiques relatives à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne, et notamment l'accompagnement de cet accès
67	Arrêté	2004.04.27	pris en application des articles L. 6121-1 du code de la santé publique fixant la liste des matières devant figurer obligatoirement dans les schémas régionaux d'organisation sanitaires
68	Arrêté	2004.07.15	portant organisation de la formation des éducateurs stagiaires de la protection judiciaire de la jeunesse dont la durée du stage est de deux ans.
69	Loi n° 2004-806	2004.08.09	relative à la politique de santé publique
70	Circulaire	2004.10.28	relative à l'élaboration des SROS de l'enfant et de l'adolescent
71	Loi n° 2004-1370	2004.12.20	de financement de la sécurité sociale pour 2005
72	Arrêté	2005.01.27	relatif à l'aptitude physique et mentale du personnel
73	Décret	2005.05.06	relatif à l'organisation et à l'équipement sanitaires et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'État) et le code de l'action sociale et des familles deuxième partie : partie Réglementaire)
74	Décret	2005.07.20	relatif à la sixième partie (Dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code
75	Circulaire	2005.08.29	relative aux modalités de conventionnement et de financement des groupes d'entraide mutuelle pour personnes souffrant de troubles psychiques
76	Circulaire	2005.10.18	relative à la mise en œuvre d'un dispositif de partenariat entre équipes éducatives et de santé mentale pour améliorer le repérage et la prise en charge des signes de souffrances psychiques des enfants et adolescents

<b>n°</b>	<b>NATURE JURIDIQUE DU TEXTE</b>	<b>DATE (aa/mm/gg)</b>	<b>TITRE</b>
77	Arrêté	2005.10.22	relatif au diplôme professionnel d'aide-soignant
78	Circulaire	2005.11.23	relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie.
79	Circulaire	2005.12.20	relative à la mise en œuvre du volet investissement du plan psychiatrie et santé mentale.
80	Circulaire	2006.08.01	relative au financement en 2006 du volet investissement du plan « hôpital 2007 » et du volet investissement du plan santé mentale (PRISM)
81	Décret	2006.11.07	relatif à la permanence des soins dans certains établissements de santé privés
82	Décret	2007.01.30	relatif à l'organisation et à l'équipement sanitaires et modifiant le code de la santé publique
83	Circulaire	2007.03.30	relative aux groupes d'entraide mutuelle pour personnes handicapées psychiques
84	Décret	2007.05.11	relatif à l'organisation de l'administration centrale du ministère chargé de la santé et modifiant le code de la santé publique
85	Arrêté	2007.07.24	portant définition et fixant les conditions de délivrance du brevet de technicien supérieur « commerce international à référentiel commun européen »
86	Arrêté	2007.10.17	fixant la nomenclature des comptes obligatoirement ouverts dans l'état des prévisions de recettes et de dépenses et dans la comptabilité des établissements publics de santé
87	Arrêté	2007.12.26	fixant la liste et la localisation des emplois de conseillers d'administration de l'intérieur et de l'outre-mer ainsi que la nouvelle bonification indiciaire affectée à ces emplois
88	Arrêté	2008.01.22	fixant la nomenclature des comptes obligatoirement ouverts dans l'état des prévisions de recettes et de dépenses et dans la comptabilité des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale
89	Circulaire	2008.03.03	relative au financement en 2008 par le FMESPP et/ou recettes assurance maladie DAF du volet investissement du plan santé mentale (PRISM)

<b>n°</b>	<b>NATURE JURIDIQUE DU TEXTE</b>	<b>DATE (aa/mm/gg)</b>	<b>TITRE</b>
90	Arrêté	2008.05.16	relatif aux critères et conditions de délivrance des attestations d'aptitude médicale de classe 3 nécessaires pour assurer les services du contrôle de la circulation aérienne et à l'organisation des services de médecine aéronautique
91	Ordonnance	2008.08.28	portant diverses dispositions d'adaptation du droit de l'outre-mer
92	Décret	2008.08.28	portant publication de l'accord-cadre entre le Gouvernement de la République française et l'Organisation mondiale de la santé relatif à un partenariat renforcé entre la France et l'OMS pour la période 2008-2013, signé à Paris le 9 janvier 2008
93	Loi n° 2009-122	2009.02.04	de finances rectificative pour 2009
94	Arrêté	2009.04.09	portant définition et fixant les conditions de délivrance du brevet de technicien supérieur « assistant de gestion de PME-PMI à référentiel commun européen »
95	Circulaire	2009.08.06	relative au financement en 2009 par le FMESPP et/ou recettes assurance maladie DAF du volet investissement du plan santé mentale
96	Arrêté	2010.03.15	portant organisation de la direction générale de l'offre de soins en sous-directions et en bureaux
97	Arrêté	2010.03.26	relatif à l'agrément de certains accords de travail applicables dans les établissements et services du secteur social et médico-social privé à but non lucratif
98	Arrêté	2010.04.06	portant approbation d'un avenant à la convention constitutive d'un groupement d'intérêt public créé dans le domaine de l'action sanitaire et sociale



## Annexe n° 4. Corpus DISAME : liste des textes

n°	Nature juridique du texte	DATE (aa/mm/gg)	Titre (en italien)
1	Loi	1967.07.27	Approvazione del programma economico nazionale per il quinquennio 1966-1970.
2	Décret du Président de la République	1967.12.22	Regolamento per l'applicazione del titolo III del decreto del presidente della repubblica 11 febbraio 1961, n. 264, relativo ai servizi di medicina scolastica.
3	Loi	1968.02.12	Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera
4	Loi régionale	1968.03.07	Provvedimenti per lo sviluppo dei servizi sanitari delle istituzioni per l'assistenza psichiatrica e di igiene mentale.
5	Loi	1968.03.18	Provvidenze per l'assistenza psichiatrica.
6	Décret du Président de la République	1969.06.25	Riconoscimento del libero istituto universitario di medicina e chirurgia dell'Aquila
7	Décret du Président de la République	1970.09.18	Modificazioni allo statuto dell'Università degli studi di Genova
8	Décret du Président de la République	1970.09.19	Istituzione di un posto di professore di ruolo convenzionato da destinare all'insegnamento di "Psichiatria" presso la facoltà di medicina e chirurgia dell'Università di Padova.
9	Loi régionale	1971.01.22	Disposizioni concernenti il personale addetto ai servizi di salute mentale.
10	Loi	1971.06.21	Modifica dell'articolo 5 della Legge 18 marzo 1968, n. 431, relativa a provvidenze per l'assistenza psichiatrica e nuove norme per l'utilizzo delle somme ivi previste.
11	Loi régionale	1971.08.03	Rifinanziamento con modifiche della Legge régionale 7 marzo 1968, n. 11, avente per oggetto provvedimenti per lo sviluppo dei servizi sanitari delle istituzioni per l'assistenza psichiatrica e di igiene mentale.
12	Décret du Président de la République	1972.01.14	Trasferimento alle Regioni a statuto ordinario delle funzioni amministrative statali in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera e dei relativi personali ed uffici.
13	Loi régionale	1972.06.05	Norme per l'esercizio delle funzioni trasferite o delegate alla Regione con DPR 14-1-1972, n. 4 in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera e con DPR 15-1-1972, n. 9 in materia di beneficenza pubblica.
14	Loi régionale	1972.10.24	Norme per l'esercizio delle funzioni trasferite o delegate alla Regione con DPR 14-1-1972, N. 4 in materia di Assistenza sanitaria ed ospedaliera.

n°	Nature juridique du texte	DATE (aa/mm/gg)	Titre (en italien)
15	Loi régionale	1973.01.26	Ulteriore autorizzazione di spesa per la concessione di contributi previsti dalle leggi regionali 18 agosto 1966, n. 22 e successive modificazioni ed integrazioni “Recupero sociale dei minorati psichici e fisici” e 7 marzo 1968, n. 11 e successive modificazioni ed integrazioni “Provvedimenti per lo sviluppo dei servizi sanitari delle istituzioni per la assistenza psichiatrica e di igiene mentale”.
16	Loi régionale	1973.03.20	Disciplina per la REGIONE Liguria dell'esercizio delle funzioni trasferite o delegate dal DPR 14 gennaio 1972, n. 4, in materia di Assistenza Sanitaria ed Ospedaliera.
17	Loi régionale	1973.08.23	Misure di salvaguardia per il piano ospedaliero della Regione Lombardia per il quinquennio 1974-1978.
18	Loi régionale	1973.09.06	Ordinamento degli uffici della Regione Toscana.
19	Loi régionale	1973.09.10	Indennità per i medici e gli psicologi dei servizi di salute mentale.
20	Loi régionale	1974.09.03	Piano Ospedaliero della Regione Lombardia per il quinquennio 1974-1978.
21	Loi	1974.12.24	Modifiche agli articoli 5 e 6 della Legge 18 marzo 1968, n. 431, recante provvidenze per l'assistenza psichiatrica.
22	Loi régionale	1975.01.21	Rifinanziamento, con modifiche, della LR 12-12- 1972, n. 58 - Rifinanziamento della LR 18-5- 1973, n. 47 - Rifinanziamento della LR 7- 3- 1968, n. 11 come modificata con LR 3- 8- 1971, n. 32. Contributi per l'assistenza materno-infantile. Rifinanziamento, con modifiche e integrazioni, della LR 31- 12- 1965, n. 36. Modifiche alla LR 10- 8- 1966, n. 19, modificata ed integrata con LR 28- 7- 1969, n. 20
23	Loi régionale	1975.03.14	Norme per l'esercizio delle funzioni trasferite alla regione in materia di assistenza ospedaliera.
24	Loi régionale	1975.05.03	Piano ospedaliero della Provincia Autonoma di Trento.
25	Loi régionale	1975.05.23	Ordinamento degli Uffici regionali.
26	Loi	1975.07.26	Norme sull'ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure privative e limitative della libertà.
27	Loi	1975.12.15	Consolidamento dei fondi stanziati per l'assistenza psichiatrica ai sensi dell'articolo 5 della Legge 18 marzo 1968, n. 431.

<b>n°</b>	<b>Nature juridique du texte</b>	<b>DATE (aa/mm/gg)</b>	<b>Titre (en italien)</b>
28	Loi régionale	1976.03.04	Istituzione delle unità locali dei servizi sanitari e sociali
29	Loi régionale	1976.08.25	Servizio di salute mentale
30	Loi régionale	1977.05.05	Modifica alla Legge regionale 20 marzo 1973 n. 9. Integrazione Comitato tecnico sanitario.
31	Loi régionale	1977.11.11	Contributo all'Amministrazione Provinciale di Napoli per il potenziamento dei programmi di assistenza psichiatrica.
32	Loi régionale	1978.01.24	Provvedimenti finanziari a favore dell'edilizia ospedaliera e relativa attrezzatura
33	Loi	1978.05.13	Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori.
34	Loi régionale	1978.07.31	Riorganizzazione dell'assistenza psichiatrica
35	Loi régionale	1978.08.02	Modifiche alla Legge provinciale 25 agosto 1976, n. 37, concernente il servizio di salute mentale
36	Loi régionale	1978.11.29	Organizzazione dei servizi sanitari e socio-assistenziali della Regione.
37	Loi	1978.12.23	Istituzione del servizio sanitario nazionale.
38	Loi régionale	1979.04.23	Organizzazione dei servizi regionali
39	Loi régionale	1979.05.18	Formazione Piano Sanitario regionale 1980/1982
40	Loi régionale	1979.08.20	Disciplina provvisoria per l'istituzione dei servizi psichiatrici pubblici territoriali
41	Loi régionale	1979.09.14	Riorganizzazione della tutela della salute mentale nella Regione siciliana.
42	Loi régionale	1979.12.05	Istituzione e disciplina delle Unità Sanitarie Locali di cui alla Legge 23 dicembre 1978 n. 833.
43	Loi régionale	1979.12.06	Costituzione, organizzazione, gestione e funzionamento delle unità sanitarie locali e coordinamento e integrazione dei servizi sociali con quelli sanitari, in attuazione della Legge 23 dicembre 1978, n. 833, istitutiva servizio sanitario nazionale e decreto Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616.
44	Décret du Président de la République	1979.12.20	Stato giuridico del personale delle unità sanitarie locali.
45	Loi régionale	1979.12.27	Istituzione dei ruoli nominativi regionali personale servizio sanitario nazionale e disciplina per l'iscrizione nei ruoli medesimi personale da destinare alle unità sanitarie locali.
46	Loi régionale	1980.01.03	L'organizzazione, la gestione e il funzionamento servizio sanitario regionale
47	Loi régionale	1980.01.03	Norme sull'associazione dei comuni, sull'ordinamento delle unità sanitarie locali e sul coordinamento dei servizi sanitari e sociali

n°	Nature juridique du texte	DATE (aa/mm/gg)	Titre (en italien)
48	Loi régionale	1980.01.22	Organizzazione dei servizi sanitari e socio-assistenziali della Valle d'Aosta per la costituzione servizio socio-sanitario regionale.
49	Loi régionale	1980.02.15	Istituzione delle Unità Locali Socio Sanitarie.
50	Loi régionale	1980.03.04	Norme transitorie per l'esercizio delle funzioni in materia di assistenza psichiatrica...
51	Loi régionale	1980.03.07	Organizzazione delle unità sanitarie locali.
52	Loi régionale	1980.04.23	Disciplina delle funzioni per la tutela della salute mentale.
53	Loi régionale	1980.04.24	Organizzazione delle unità sanitarie locali.
54	Loi régionale	1980.05.05	Ruoli nominativi regionali personale servizio sanitario nazionale e disciplina per l'iscrizione nei medesimi personale da destinare alle Unità Sanitarie Locali.
55	Loi régionale	1980.05.16	Organizzazione delle Unità Locali dei servizi di assistenza sanitaria e sociale.
56	Loi régionale	1980.05.22	Organizzazione e funzionamento della Unità Sanitaria Locale
57	Loi régionale	1980.05.24	Disciplina dell'utilizzazione patrimonio della contabilità e dei contratti delle Unità sanitarie locali
58	Loi régionale	1980.05.24	Organizzazione delle Unità Sanitarie locali
59	Loi régionale	1980.05.26	Istituzione e gestione dei ruoli nominativi regionali personale servizio sanitario nazionale addetto ai presidi, servizi e uffici delle Unità sanitarie locali. Modalità di iscrizione personale nei ruoli medesimi.
60	Loi régionale	1980.06.02	Istituzione dei ruoli nominativi delle Unità Sanitarie Locali.
61	Loi régionale	1980.06.02	Istituzione servizio sanitario regionale
62	Loi régionale	1980.06.06	Organizzazione amministrativa della REGIONE.
63	Loi régionale	1980.06.09	Norme per la costituzione ed il funzionamento delle unità sanitarie locali in attuazione della Legge 23 dicembre 1978, n. 833.
64	Loi régionale	1980.06.16	Indicazioni per la programmazione socio-sanitaria regionale e spese di sviluppo per l'anno 1980 da sostenere sulla quota spettante alla REGIONE Lazio Fondo sanitario nazionale.
65	Loi régionale	1980.06.20	Provvedimenti per la tutela della salute mentale
66	Loi régionale	1980.06.23	Organizzazione delle Unità Locali dei Servizi Sanitari e Socio-assistenziali.

<b>n°</b>	<b>Nature juridique du texte</b>	<b>DATE (aa/mm/gg)</b>	<b>Titre (en italien)</b>
67	Loi régionale	1980.09.02	Istituzione e gestione dei ruoli nominativi regionali personale servizio Sanitario Nazionale addetto ai Presidi, Servizi ed Uffici delle Unità Locali, modalità di iscrizione personale nei ruoli medesimi.
68	Loi régionale	1980.11.11	Istituzione dei ruoli nominativi regionali personale servizio sanitario nazionale e disciplina per l'iscrizione nei ruoli medesimi personale da destinare alle unità sanitarie locali.
69	Loi régionale	1980.12.06	Disciplina servizio sanitario provinciale
70	Loi régionale	1980.12.12	Norme per l'iscrizione nei ruoli nominativi regionali personale servizio sanitario nazionale addetto ai presidi, servizi ed uffici delle unità sanitarie locali.
71	Décret-Loi	1980.12.22	Misure urgenti in materia di assistenza sanitaria e di occupazione giovanile.
72	Loi régionale	1980.12.23	Disciplina delle funzioni per la tutela della salute mentale.
73	Loi régionale	1981.01.06	Ordinamento interno dei servizi sanitari e attuazione sistema informativo sanitario e dell'osservatorio epidemiologico regionale. Modifiche alla Legge régionale 12 agosto 1980, n. 87, riguardante la istituzione delle unità sanitarie locali.
74	Loi régionale	1981.02.07	Piano sanitario regionale per il triennio 1981-1983
75	Décret-Loi	1981.02.28	Misure urgenti in materia di assistenza sanitaria.
76	Loi régionale	1981.03.02	Istituzione e gestione dei ruoli nominativi regionali personale servizio sanitario nazionale addetto ai presidi, servizi ed uffici delle UUSSLL - Modalità di iscrizione personale nei ruoli medesimi
77	Loi régionale	1981.03.16	Individuazione, costituzione ed organizzazione delle Unità sanitarie locali, in attuazione della Legge 23 dicembre 1978, n. 833.
78	Loi régionale	1981.03.23	Norme per l'esercizio delle funzioni e delle attività preventive, curative e riabilitative relative alla salute mentale.
79	Loi régionale	1981.04.18	Istituzione, organizzazione e gestione dei servizi per i soggetti portatori di handicap.
80	Loi régionale	1981.04.21	Articolazione organizzativa e funzionamento servizio socio-sanitario regionale.

<b>n°</b>	<b>Nature juridique du texte</b>	<b>DATE (aa/mm/gg)</b>	<b>Titre (en italien)</b>
81	Loi régionale	1981.04.21	Istituzione e gestione dei ruoli nominativi provinciali personale servizio sanitario nazionale e modalità di iscrizione nei ruoli medesimi.
82	Décret-Loi	1981.04.30	Misure urgenti in materia di assistenza sanitaria.
83	Loi régionale	1981.06.29	Norme relative all'esercizio delle funzioni in materia di igiene e sanità pubblica, di vigilanza sulle farmacie e di polizia veterinaria.
84	Loi régionale	1981.07.28	Istituzione dei ruoli nominativi regionali personale servizio sanitario nazionale, disciplina per l'iscrizione nei ruoli medesimi personale da destinare alle Unità sanitarie locali e inquadramento nel ruolo unico dei dipendenti dell'Amministrazione regionale personale comandato ai sensi della Legge régionale 24 maggio 1976, n. 27, nonché delle leggi 29 giugno 1977, n. 349, e 23 dicembre 1978, n. 833.
85	Loi régionale	1981.09.03	Norme per la costituzione ed il riparto Fondo sanitario regionale
86	Loi régionale	1981.11.30	Organizzazione dei servizi delle Unità Sanitarie Locali.
87	Loi régionale	1981.12.17	Disciplina delle funzioni per la tutela della salute mentale.
88	Loi régionale	1981.12.29	Disposizioni concernenti il personale servizio di salute mentale.
89	Loi régionale	1982.01.25	Misure urgenti per l'assistenza psichiatrica.
90	Loi régionale	1982.02.03	Assistenza negli istituti psichiatrici privati.
91	Loi régionale	1982.03.03	Norme per l'esercizio delle funzioni in materia di igiene e sanità pubblica e vigilanza sulle farmacie ai sensi dell'art. 32 della Legge 23- 12- 1978, n. 833.
92	Loi régionale	1982.03.10	Piano socio-sanitario della Regione Piemonte per il triennio 1982-1984
93	Loi régionale	1982.05.03	Norme provvisorie per il riparto della quota regionale del fondo sanitario 1982.
94	Loi régionale	1982.08.03	Modifiche alla Legge regionale 7 marzo 1980, n. 13. Organizzazione delle unità sanitarie locali.
95	Loi régionale	1982.08.27	Disciplina dei servizi di igiene mentale e di assistenza psichiatrica.
96	Loi régionale	1982.08.27	Variazioni alle leggi regionali 23 aprile 1979, n. 12 e 22 ottobre 1979, n. 34
97	Loi régionale	1983.01.03	Istituzione in ciascuna USL servizio per la tutela della salute mentale

n°	Nature juridique du texte	DATE (aa/mm/gg)	Titre (en italien)
98	Loi régionale	1983.03.01	Modifiche alla Legge regionale 17 dicembre 1981, n. 20 sulla disciplina delle funzioni per la tutela della salute mentale.
99	Loi régionale	1983.04.06	Modifica e integrazione alla Legge regionale 8 maggio 1980, n. 46 “Interventi per l'inserimento sociale, scolastico e lavorativo dei soggetti portatori di handicaps”.
100	Loi régionale	1983.05.02	Norme provvisorie per il riparto della quota regionale Fondo sanitario nazionale 1983.
101	Loi régionale	1983.05.05	Modifiche alla Legge régionale 27 agosto 1982, n. 71 recante: “disciplina dei servizi di igiene mentale e di assistenza psichiatrica”.
102	Loi régionale	1983.05.19	Trasformazione degli ospedali psichiatrici di Genova - Quarto e di Cogoleto in presidi sociali e sanitari per la tutela della salute mentale.
103	Loi régionale	1983.06.10	Norme per lo svolgimento delle attività di diagnosi e cura della malattia mentale in condizioni di degenza ospedaliera.
104	Loi régionale	1983.07.14	Organizzazione servizio dipartimentale di salute mentale.
105	Loi régionale	1983.08.13	Modificazioni al piano socio-sanitario della Regione Marche per il triennio Ottobre 1982 - Settembre 1985.
106	Loi régionale	1984.01.05	Piano sanitario provinciale 1983-1985.
107	Loi régionale	1984.02.27	Determinazione dei parametri per il riparto fra le unità sanitarie locali della quota Fondo sanitario nazionale destinata al finanziamento della spesa corrente.
108	Loi régionale	1984.03.02	Norme per il riparto della quota regionale Fondo sanitario nazionale 1984.
109	Loi régionale	1984.03.15	Norme per la prevenzione, cura e riabilitazione degli handicaps e per l'inserimento nella vita sociale.
110	Loi régionale	1984.04.09	Formazione secondo piano sanitario regionale
111	Loi régionale	1984.04.24	Modifiche ed integrazioni alla LR 6 settembre 1973 n. 55 concernente l'ordinamento degli uffici della REGIONE Toscana.
112	Loi régionale	1984.05.11	Modifiche alla Legge regionale 14 luglio 1983, n. 49, concernente: “Organizzazione servizio dipartimentale di salute mentale”.
113	Loi régionale	1984.08.17	Nuovo ordinamento degli uffici regionali.
114	Loi régionale	1984.08.27	Disposizioni sullo stato giuridico ed economico dei dipendenti regionali e norme sull'ordinamento degli uffici.

n°	Nature juridique du texte	DATE (aa/mm/gg)	Titre (en italien)
115	Loi régionale	1984.12.06	Piano Sanitario regionale 1984- 1986 e Piano regionale dei Servizi Sociali 1984- 1986
116	Loi régionale	1984.12.31	Provvedimenti per la tutela socio-sanitaria dei malati di mente e per la riorganizzazione dei servizi psichiatrici.
117	Loi régionale	1985.03.21	Piano socio-sanitario regionale per il triennio 1985-87.
118	Loi régionale	1985.03.30	Istituzione in ciascuna usl dipartimento di salute mentale disciplina ed organizzazione delle relative funzioni
119	Loi régionale	1985.04.11	Strutture ed organizzazione regionale.
120	Loi régionale	1985.04.23	Norme per il riparto della quota regionale Fondo Sanitario Nazionale 1985.
121	Loi régionale	1985.04.30	Piano sanitario regionale (1983-1985).
122	Loi régionale	1985.05.03	Istituzione servizio per la tutela della salute mentale a struttura dipartimentale.
123	Loi régionale	1985.05.03	Piano socio-sanitario della Regione Piemonte per il triennio 1985-1987
124	Loi régionale	1985.05.21	Modificazioni ed integrazioni alle norme sull'ordinamento dei servizi regionali e sullo stato giuridico ed economico personale della Regione - Approvazione delle nuove tabelle organiche dei posti e personale dell'Amministrazione regionale.
125	Loi régionale	1985.05.22	Norme per il trasferimento alle Unità Sanitarie Locali delle funzioni nonché personale addetto ai servizi psichiatrici delle Province e degli Ospedali psichiatrici pubblici e privati ad integrazione della Legge regionale 20/6/1980, n. 72.
126	Loi régionale	1985.06.07	Aggregazione funzionale delle USSL al fine di costituire i Dipartimenti di salute mentale e le Unità operative di psichiatria e di individuare i Presidi psichiatrici.
127	Loi régionale	1985.07.18	Piano sanitario regionale della Regione Friuli-Venezia Giulia per il triennio 1985-1987.
128	Loi	1985.10.23	Norme per la programmazione sanitaria e per il piano sanitario triennale 1986-88.
129	Loi régionale	1986.02.24	“Provvedimenti per garantire la continuità dei servizi per la tutela della salute mentale”.
130	Loi régionale	1986.05.09	Riordino dei servizi e delle attività socio-assistenziali in Sicilia.
131	Loi régionale	1986.05.20	Nuove attribuzioni alle Unità sanitarie locali nel settore socio - sanitario e programmazione degli interventi e dei finanziamenti settore stesso



n°	Nature juridique du texte	DATE (aa/mm/gg)	Titre (en italien)
132	Loi régionale	1986.06.03	Norme per il riparto della quota regionale Fondo Sanitario Nazionale 1986.
133	Loi régionale	1986.06.06	Ristrutturazione degli uffici regionali
134	Loi régionale	1987.01.07	Norme sulle associazioni intercomunali e sulla organizzazione, gestione e funzionamento delle unità sanitarie locali.
135	Loi régionale	1987.01.26	Modifica delle Leggi regionali 3 gennaio 1983, n. 1 e 24 gennaio 1986, n. 2 relative alla istituzione in ciascuna Unità Sanitaria Locale servizio per la tutela della salute mentale.
136	Loi régionale	1987.01.26	Riordino e programmazione delle funzioni socio-assistenziali.
137	Loi régionale	1987.05.27	Nuove norme in materia di personale e di organizzazione dei servizi delle unità sanitarie locali.
138	Loi régionale	1987.08.14	Norme per il riparto della quota regionale Fondo Sanitario Nazionale 1987.
139	Loi régionale	1987.08.25	“Norme per la programmazione sanitaria e per il Piano Sanitario regionale”.
140	Loi régionale	1987.08.26	Dotazione organica e struttura operativa regionale LR 6 settembre 1973 n. 55 - Modifiche ed integrazioni.
141	Loi régionale	1987.09.07	Assegnazioni finanziarie alle UUSSLL per interventi socio-assistenziali collegati all’assistenza psichiatrica.
142	Loi régionale	1987.12.22	Erogazione di sussidi in favore di infermi di mente non ricoverati
143	Loi régionale	1988.05.31	Norme per il riparto della quota regionale Fondo Sanitario Nazionale per l’anno 1988.
144	Loi régionale	1988.06.06	Riordino e programmazione dei servizi sociali della REGIONE Liguria.
145	Loi régionale	1988.08.04	Organizzazione dei Servizi di Salute Mentale delle Unità Sanitarie Locali.
146	Loi régionale	1988.08.18	Piano sanitario provinciale 1988-1991
147	Loi régionale	1988.09.16	Organizzazione e funzionamento dipartimento di salute mentale
148	Loi régionale	1988.11.10	Modificazioni ed integrazioni alla Legge régionale 7 gennaio 1987, n. 5, concernente: “Norme sulle associazioni intercomunali e sulla organizzazione, gestione e funzionamento delle unità sanitarie locali”.
149	Loi régionale	1988.12.16	Ulteriori modificazioni ed integrazioni alla Loi régionale 7 gennaio 1987, n. 5, concernente: “Norme sulle associazioni intercomunali e sulla organizzazione, gestione e funzionamento delle unità sanitarie locali”.
150	Loi régionale	1989.04.03	Piano Sanitario regionale 1989/1991.

n°	Nature juridique du texte	DATE (aa/mm/gg)	Titre (en italien)
151	Loi régionale	1989.06.06	Norme integrative della LR n. 9 9 aprile 1986 concernente la disciplina delle procedure concorsuali e il rapporto di impiego personale delle UUSLL.
152	Loi régionale	1989.10.16	Norme per la formazione personale infermieristico tecnico-sanitario e della riabilitazione
153	Loi régionale	1989.10.23	Disposizioni per l'assistenza dei malati di mente e per la riorganizzazione dei Servizi Psichiatrici
154	Loi régionale	1989.12.01	Disciplina autorizzazioni e vigilanza sulle Case di Cura private.
155	Loi régionale	1990.01.02	Istituzione servizio psichiatria presso il settore coordinamento per i servizi sociali
156	Loi régionale	1990.03.09	PIANO SANITARIO regionalePER IL TRIENNIO 1990-1992
157	Loi régionale	1990.03.27	Piano socio sanitario regionaleper il triennio 1989-1991.
158	Loi régionale	1990.04.12	Piano sanitario regionale per il triennio 1990-1992.
159	Loi régionale	1990.04.23	Norme per la programmazione socio-sanitaria regionalee per il Piano Socio-Sanitario regionaleper il triennio 1990-1992
160	Loi régionale	1990.04.24	Norme per la programmazione sanitaria regionalee per il Piano Sanitario 1990-1992.
161	Loi régionale	1990.04.30	Modifiche ed integrazioni alla legge régionale6 dicembre 1984, n. 70 concernente il piano sanitario regionalee il piano regionaledei servizi sociali.
162	Loi régionale	1990.05.05	Modifiche alla legge régionale 17 dicembre 1981, n. 20, recante: "Disciplina delle funzioni per la tutela della salute mentale".
163	Loi régionale	1990.07.30	"Disciplina dell'inquadramento diretto nei ruoli nominativi regionali personale dei servizi psichiatrici utilizzato ai sensi dell'art. 64 della L. 23- 12- 1978, n. 833 e della LR 20 giugno 1980, n. 72".
164	Loi régionale	1991.02.13	Riorganizzazione dell'Osservatorio epidemiologico regionale.
165	Loi régionale	1991.03.04	Modifica alla LR 7 giugno 1985, n. 72 "Aggregazione funzionale delle USSL al fine di costituire i dipartimenti di salute mentale e le unità operative di psichiatria e di individuare i presidi psichiatrici"

<b>n°</b>	<b>Nature juridique du texte</b>	<b>DATE (aa/mm/gg)</b>	<b>Titre (en italien)</b>
166	Loi régionale	1991.04.30	Riordino dei servizi sociali in Provincia di Bolzano
167	Loi régionale	1991.07.04	Ordinamento amministrativo della Giunta regionale
168	Loi régionale	1991.07.12	Ordinamento dei servizi socio - assistenziali in provincia di Trento
169	Loi régionale	1992.04.13	Revisione degli ambiti territoriali delle Unità Sanitari Locali.
170	Loi régionale	1992.08.27	Nuove norme inerenti provvidenze a favore degli infermi di mente e dei minorati psichici residenti in Sardegna.
171	Décret-Loi	1992.12.30	Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della Legge 23 ottobre 1992, n. 421.
172	Loi régionale	1993.01.07	Istituzione di un Osservatorio Epidemiologico regionale Marche.
173	Loi régionale	1993.08.05	Interventi per la prevenzione, cura e riabilitazione dell'alcol dipendenza e problematiche alcol correlate. Modifiche ed integrazioni della LR 30 aprile 1990, n. 61.
174	Loi régionale	1993.09.20	Norme per la riorganizzazione della rete ospedaliera ai sensi della Legge 30 dicembre 1991, n. 412.
175	Loi régionale	1993.11.03	Norme in tema di programmazione sanitaria e di riorganizzazione territoriale delle unità sanitarie locali.
176	Loi régionale	1994.03.16	Norme di attuazione della Legge - quadro sul volontariato.
177	Loi régionale	1994.03.21	Istituzione strutture organizzative nelle province di Crotone e Vibo Valentia. Modifiche ed integrazioni alle leggi regionali n. 11/87 e n. 55/90.
178	Décret du président de la République	1994.04.12	Norme per la prevenzione, la riabilitazione e l'integrazione sociale dei portatori di handi-cap.
179	Loi régionale	1994.04.07	Progetto obiettivo 1994
180	Loi régionale	1994.08.08	Disciplina delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere servizio sanitario regionale in attuazione dei decreti legislativi n° 502 30 dicembre 1992 e n. 517 7 dicembre 1993.
181	Loi régionale	1994.08.30	Disciplina dell'assetto istituzionale ed organizzativo servizio sanitario regionale ed altre disposizioni in materia sanitaria e sullo stato giuridico personale regionale.

<b>n°</b>	<b>Nature juridique du texte</b>	<b>DATE (aa/mm/gg)</b>	<b>Titre (en italien)</b>
182	Loi régionale	1994.09.14	Norme e principi per il riordino servizio sanitario regionale in attuazione decreto legislativo 30 dicembre 1992, n° 502 “Riordino della disciplina in materia sanitaria”, così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517.
183	Décret du Ministère de la santé	1994.09.14	Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere.
184	Loi régionale	1994.11.03	Decreto legislativo 30-12-1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni, riordino servizio sanitario regionale
185	Loi régionale	1994.11.25	Integrazione alla legge regionale 15 marzo 1984, n. 11 concernente: - norme per la prevenzione, cura e riabilitazione degli handicap e per l'inserimento nella vita sociale - ed al relativo regolamento di attuazione
186	Loi régionale	1994.12.28	Norme e principi per il riordino servizio sanitario regionale in attuazione decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della Legge 23 ottobre 1992, n. 421”, così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517.
187	Loi régionale	1995.01.02	Disciplina sull'organizzazione e funzionamento delle Unità Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere ai sensi degli artt. 3 e 4 D L 30- 12- 1992, n. 502 e successive modificazioni.
188	Loi régionale	1995.01.04	Misure di riordino servizio socio - sanitario regionale.
189	Loi régionale	1995.01.24	Ordinamento, organizzazione e funzionamento delle Aziende Sanitarie Regionali
190	Loi régionale	1995.01.26	Norme di riforma servizio sanitario regionale.
191	Loi régionale	1995.01.26	Norme di riforma servizio sanitario regionale.
192	Loi régionale	1995.02.27	Revisione della rete ospedaliera regionale.
193	Loi régionale	1995.04.03	Piano Sanitario regionale 1995/1997.
194	Loi régionale	1995.04.13	Norme di salvaguardia per la programmazione sanitaria regionale
195	Loi régionale	1995.09.13	Modifiche alla Loi régionale 26 giugno 1987, n. 33 concernente: Disciplina per l'assegnazione e la determinazione dei canoni di locazione degli alloggi di edilizia residenziale pubblica.
196	Loi régionale	1996.01.29	Piano Socio - Sanitario 1995-1997.
197	Loi régionale	1996.02.03	Piano Socio - Sanitario regionale per il triennio 1996-1998.

n°	Nature juridique du texte	DATE (aa/mm/gg)	Titre (en italien)
198	Loi régionale	1996.07.17	Riordino servizio sanitario regionale.
199	Loi régionale	1996.09.09	Riordino, programmazione e gestione degli interventi e dei servizi socio-assistenziali nel Lazio.
200	Loi régionale	1996.11.25	Disciplina per l'assegnazione e la determinazione dei canoni di locazione degli alloggi di edilizia residenziale pubblica.
201	Loi régionale	1997.01.20	Modifiche ed integrazioni alle norme di organizzazione e funzionamento delle Unità Sanitarie Locali.
202	Loi régionale	1997.02.21	Organizzazione generale delle Aziende Sanitarie Locali (ASL).
203	Loi régionale	1997.05.30	Nuove norme inerenti provvidenze a favore di persone residenti in Sardegna affette da patologie psichiatriche. Modifiche e integrazioni alla Legge regionale 27 agosto 1992, n. 15 concernente: "Nuove norme inerenti provvidenze a favore degli infermi di mente e dei minorati psichici residenti in Sardegna".
204	Loi régionale	1997.10.03	Organizzazione e promozione di un sistema di diritti di cittadinanza e di pari opportunità: riordino dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari integrati.
205	Loi régionale	1997.12.12	Norme per la programmazione sanitaria e per il Piano sanitario regionale per il triennio 1997-1999.
206	Loi régionale	1998.01.20	Ordinamento sistema sanitario regionale.
207	Loi régionale	1998.08.07	Modifica della legge régionale 14 luglio 1983, n. 49. istituzione della commissione regionale unica per la salute mentale (c.r.u.sa.m.).
208	Loi régionale	1998.08.10	Interventi a favore della famiglia.
209	Loi régionale	1998.09.30	Norme sulle procedure e gli strumenti della programmazione sanitaria e sull'organizzazione servizio sanitario regionale.
210	Loi régionale	1998.12.16	Norme e principi per il funzionamento dei Dipartimenti di salute mentale previsti dalla Legge régionale 28 dicembre 1994, n. 36.
211	Decreto del Presidente della Repubblica	1999.11.01	Progetto obiettivo 1999
212	Decreto legislativo	1999.06.19	Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della Legge 30 novembre 1998, n. 419.
213	Loi régionale	1999.07.02	Piano Sanitario regionale 1999 - 2001.
214	Loi régionale	1999.07.30	Norme in materia di autorizzazione, vigilanza e accreditamento per i presidi sanitari e socio-sanitari, pubblici e privati. recepimento d.p.r. 14 gennaio 1997.

<b>n°</b>	<b>Nature juridique du texte</b>	<b>DATE (aa/mm/gg)</b>	<b>Titre (en italien)</b>
215	Loi régionale	2000.01.05	Riordino sistema delle autonomie in lombardia. attuazione d. lgs. 31 marzo 1998, n. 112 (conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello stato alle regioni ed agli enti locali, in attuazione capo I della Legge 15 marzo 1997, n. 59).
216	Loi régionale	2000.01.07	Riordino delle attività socio-assistenziali e istituzione di un sistema di protezione sociale e dei diritti sociali di cittadinanza.
217	Loi régionale	2000.01.25	Norme per la razionalizzazione dell'organizzazione servizio socio-sanitario regionale per il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali prodotte ed erogate nella REGIONE.
218	Loi régionale	2000.03.08	Riordino delle norme per l'organizzazione servizio sanitario regionale.
219	Loi régionale	2000.03.16	Disciplina in materia di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private.
220	Loi régionale	2000.04.14	Interventi a favore della famiglia
221	Loi régionale	2000.05.18	Integrazione alla l.r. 2.7.1999, n. 37 recante: piano sanitario regionale- triennio 1999-2001 (proposta di progetto obiettivo di tutela della salute mentale in età evolutiva)
222	Loi régionale	2000.05.18	Istituzione di borse lavoro a favore della utenza psichiatrica
223	Loi régionale	2000.08.31	Riordino delle funzioni e delle attività in materia di promozione della cultura e della pratica delle attività motorie.
224	Décret du Président de la République	2000.12.07	Regolamento recante norme di organizzazione del Ministero della sanità.
225	Loi régionale	2001.02.12	Disposizioni in materia di sportello unico per le attività produttive e semplificazione di procedimenti amministrativi e corpo legislativo regionale.
226	Loi	2001.03.05	Riordinamento servizio Sanitario provinciale
227	Loi régionale	2001.04.10	Disposizioni in materia di diritto al lavoro dei disabili, di telelavoro e in materia previdenziale.

n°	Nature juridique du texte	DATE (aa/mm/gg)	Titre (en italien)
228	Loi régionale	2001.09.04	Approvazione Piano socio-sanitario regionale per il triennio 2002-2004
229	Loi régionale	2001.10.31	Riordino e razionalizzazione servizio sanitario regionale.
230	Loi régionale	2002.01.11	Modifica alla Legge régionale 20 settembre 1993, n. 55 recante: norme per la riorganizzazione della rete ospedaliera ai sensi della Legge 30 dicembre 1991, n. 412
231	Loi régionale	2002.03.12	Individuazione delle funzioni amministrative di competenza della REGIONE, ai sensi dell'articolo 7, comma 1, della Legge régionale 7 dicembre 1998, n. 54 (Sistema delle autonomie in Valle d'Aosta), da ultimo modificato dall'articolo 15, comma 1, della Legge régionale 16 agosto 2001, n. 15, e disposizioni in materia di trasferimento di funzioni amministrative agli enti locali.
232	Loi régionale	2002.08.16	Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali
233	Loi régionale	2002.11.06	Tutela della salute mentale
234	Loi régionale	2003.03.28	Regolamento di organizzazione del Ministero della salute.
235	Décret du Président de la République	2003.06.20	Riorganizzazione servizio sanitario regionale.
236	Loi régionale	2003.08.07	Integrazione alla Legge regionale 4 agosto 1988 n. 39 (organizzazione dei servizi di salute mentale delle unità sanitarie locali).
237	Loi régionale	2003.11.26	Realizzazione sistema integrato di interventi e servizi sociali nella REGIONE Calabria (in attuazione della Legge n. 328/2000).
238	Loi régionale	2004.12.22	Modifiche ed integrazioni alla Legge régionale 19 marzo 2004, n. 11, recante: "Piano regionale per la Salute 2004-2006"
239	Loi régionale	2004.12.23	Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento servizio sanitario regionale
240	Loi régionale	2005.01.25	Norme regionali per l'occupazione, la tutela e la qualità lavoro.
241	Loi régionale	2005.02.16	Disposizioni in materia sanitaria.
242	Loi régionale	2005.02.24	Disciplina servizio sanitario regionale.
243	Loi régionale	2005.02.24	sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale.
244	Loi régionale	2005.02.28	« Tutela della salute psicofisica della persona sul luogo di lavoro e prevenzione e contrasto dei fenomeni di mobbing ».
245	Loi régionale	2005.03.04	Norme per l'accoglienza e l'integrazione sociale delle cittadine e dei cittadini stranieri immigrati.
246	Loi régionale	2005.04.01	Riordino servizio sanitario regionale

<b>n°</b>	<b>Nature juridique du texte</b>	<b>DATE (aa/mm/gg)</b>	<b>Titre (en italien)</b>
247	Loi régionale	2005.10.17	Norme sulla musicoterapia e sul riconoscimento della figura professionale di musicoterapista
248	Loi régionale	2005.12.02	Conversione in Loi, con modificazioni, del Decreto-Loi 30 settembre 2005, n. 203, recante misure di contrasto all'evasione fiscale e disposizioni urgenti in materia tributaria e finanziaria.
249	Loi	2005.12.05	Manutenzione, per l'anno 2005, sistema normativo regionale. Modificazioni di leggi regionali e altre disposizioni.
250	Loi régionale	2006.03.31	Sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale.
251	Loi régionale	2006.05.24	Promozione sistema integrato di servizi sociali e sociosanitari
252	Loi régionale	2006.06.20	Approvazione Piano regionale per la salute ed il benessere sociale 2006/2008.
253	Loi régionale	2006.07.03	Istituzione della Consulta regionale per la salute mentale.
254	Loi régionale	2006.07.10	Disciplina sistema integrato dei servizi sociali per la dignità e il benessere delle donne e degli uomini in Puglia
255	Loi régionale	2006.07.28	Tutela della salute e riordino servizio sanitario della Sardegna. Abrogazione della Legge régionale 26 gennaio 1995, n. 5.
256	Loi régionale	2006.08.03	Principi e organizzazione servizio sanitario regionale.
257	Loi régionale	2006.08.09	Interventi in materia sanitaria.
258	Loi régionale	2006.12.04	Norme per lo sviluppo dello sport per tutti
259	Loi régionale	2006.12.07	Riordino servizio sanitario regionale
260	Loi régionale	2006.12.19	Piano regionale ospedaliero per il triennio 2007 - 2009
261	Loi régionale	2007.07.19	Misure urgenti per l'edilizia residenziale pubblica
262	Loi régionale	2007.07.31	Norme regionali in materia di autorizzazione, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private.
263	Loi régionale	2007.10.23	Legge per la dignità e la cittadinanza sociale. Attuazione della Legge 8 novembre 2000, n. 328.



n°	Nature juridique du texte	DATE (aa/mm/gg)	Titre (en italien)
264	Loi régionale	2008.02.19	Disposizioni per la tutela delle persone ristrette negli istituti penitenziari della regione emilia-romagna
265	Loi régionale	2008.03.26	Regolamento di attuazione dell'articolo 62 della Legge régionale 24 febbraio 2005, n. 41 (Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale).
266	Loi régionale	2008.04.18	Sistema integrato di interventi e servizi a favore delle persone con disabilità.
267	Loi régionale	2008.06.24	Norme regionali in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture ed all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private.
268	Loi régionale	2008.07.01	Riassetto organizzativo e territoriale servizio Sanitario Regionale.
269	Loi régionale	2008.07.14	Disposizioni per la promozione e la tutela dell'esercizio dei diritti civili e sociali e la piena uguaglianza dei cittadini stranieri immigrati
270	Loi régionale	2008.07.18	Norme in materia di autorizzazione, accreditamento, accordi contrattuali e controlli delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private.
271	Loi régionale	2008.09.19	“Piano regionale di salute 2008-2010”
272	Loi régionale	2008.10.13	Sistema regionale integrato degli interventi a favore dei soggetti adulti e minorenni sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria ed a favore degli ex detenuti.
273	Loi régionale	2009.04.14	Norme per il riordino servizio sanitario regionale.
274	Loi régionale	2009.04.29	Raccomandazioni in merito all'applicazione di Accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori per Malattia mentale
275	Recommandation	2009.11.06	“Modifiche alla Legge régionale 21 luglio 2003, n. 19 (Norme per il diritto al lavoro delle persone disabili. modifiche all'articolo 28 della Legge regionale 7 agosto 1998, n. 38 “organizzazione delle funzioni regionali e locali in materia di politiche attive per il lavoro”. Abrogazione dell'articolo 229 della Legge régionale 10 maggio 2001, n. 10 “Disposizioni finanziarie per la redazione Bilancio della Regione Lazio per l'esercizio finanziario 2001”)”.
276	Loi régionale	2009.12.04	Norme per l'accoglienza, la convivenza civile e l'integrazione degli immigrati in Puglia.
n°	Nature juridique	DATE	Titre (en italien)

	<b>du texte</b>	<b>(aa/mm/gg)</b>	
277	Loi régionale	2009.12.30	Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità
278	Loi régionale	2010.01.22	Prevenzione e contrasto dei fenomeni di mobbing e tutela della salute psico-sociale della persona sul luogo lavoro
279	Loi régionale	2010.03.02	Regolamento di attuazione della LR 16 agosto 2001, n. 40 (Disposizioni in materia di riordino territoriale e di incentivazione delle forme associative di comuni).
280	Loi régionale	2010.03.03	Regolamento di attuazione della l.r. 28 dicembre 2009, n. 82 (Accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona sistema sociale integrato).
281	Loi régionale	2010.04.29	Contenzione fisica in psichiatria: Una strategia possibile di prevenzione
282	Recommandation	2010.07.23	Tutela della salute in provincia di Trento
283	Décret du Ministère de la Santé	2010.10.15	Istituzione del sistema in informativo per la salute mentale

## **Annexe n° 5. Guide d'entretien et profils des personnes interviewées en France<sup>3</sup>**

- Le processus d'arrivée à un service psychiatrique : année du premier contact, comment cela s'est passé, pourquoi, les acteurs engagés, les circonstances
- Les signes précurseurs : premières perceptions et symptômes
- Avant le premier contact : émergence du problème, premiers remèdes
- Le diagnostic : les circonstances, quand il a été établi, comment, qui l'a communiqué
- Qui a demandé l'intervention des spécialistes
- Le suivi psychiatrique : institutions, professions, quelles activités
- L'expérience de l'hospitalisation
- Les types de prestations desquelles on a bénéficié
- La relation aux médicaments
- Les conditions de vie et de logement
- La famille : participation aux soins, rôle dans la demande de soins
- Le rôle des associations et des acteurs non sanitaires dans le parcours de soins
- Carrière professionnelle et expériences de travail
- Études et formation
- Autres données personnelles

---

<sup>3</sup> Il s'agit de l'ensemble de thèmes qui a guidé la conduite des entretiens - la succession ici présentée n'a pas donc été respectée à la lettre - et de quelques caractéristiques permettant d'en savoir plus sur les parcours de soins en général des personnes interviewées. Les deux derniers profils concernent les personnes qui ont souhaité de ne pas être enregistrées.

(LOC A)	Femme, 48 ans. Elle vit avec son père et travaille à mi-temps comme institutrice auprès d'enfants autistes et trisomiques dans une école privée. Après plusieurs HDT et passages au CAC et à l'hôpital de jour, elle est suivie en CMP
(LOC B)	Homme, 43 ans. Il vit avec ses parents et envisage de travailler à mi-temps. Il est suivi en CMP (psychiatre et infirmière) et il a été hospitalisé trois fois en HDT et dans un CAC
(LOC C)	Homme, 65 ans. Suivi en CMP (psychiatre), il a fait plusieurs hospitalisations sous contrainte et envisage de commencer une psychothérapie. Il vit chez lui avec sa sœur
(LOC D)	Femme, 42 ans. Elle travaille dans un ESAT avec un statut d' « Adulte Handicapée » et vit dans une Maison-Relais. Après deux hospitalisations volontaires et une en HDT, elle est suivie en privé par un professionnel qui est psychiatre, psychologue et psychanalyste.
(LOC E)	Femme, 29 ans. Elle travaille dans un ESAT avec un statut d' « Adulte Handicapée » et, pendant la semaine, elle vit dans une Maison-Relais et les week-ends chez sa mère. Elle bénéficie du suivi d'un CMP, d'une psychiatre et d'une psychologue
(LOC F)	Femme, 41 ans. Après quatre hospitalisations, elle fréquente régulièrement les activités organisées par un hôpital de jour public et elle est suivie au CMP. Elle bénéficie du statut d' « Adulte Handicapée »
(LOC G)	Homme, 52 ans. Après plusieurs désintoxications et une période sans logement fixe, il a été pris en charge par plusieurs services. Suivi au CMP par un psychiatre et un infirmier, il vit dans une Maison-Relais et travaille dans un ESAT. Il fréquente également les activités d'un hôpital de jour public et d'un SAVS. Il bénéficie du statut d' « Adulte Handicapé »
(LOC H)	Femme, 59 ans. Elle vit dans une Maison-Relais mais cherche un logement social. Elle est suivie au CMP par un psychiatre et reçoit des visites d'une infirmière une fois par semaine
(LOC I)	Homme 41. Après douze ans passés en communauté thérapeutique, il est suivi dans un CMP (psychiatre). Il vit dans une Maison-Relais, il travaille dans un ESAT et fréquente les activités organisées dans un SAVS
(LOC L)	Femme, 37 ans. Elle vit chez elle et bénéficie du statut d' « Adulte Handicapée ». Après plusieurs hospitalisations et passages au CMP, elle est suivie dans le privé par un professionnel qui est psychiatre et psychanalyste ; elle fréquente les activités d'un service SAVS
M.	Homme, 41 ans. Il vit dans une Maison-Relais et fréquente les activités organisées dans un SVS. Après plusieurs hospitalisations, il est maintenant suivi dans un CMP
N.	Homme 50 ans. Président d'une association d'usagers de la psychiatrie, il a été hospitalisé plusieurs fois sous contrainte. Il est suivi en privé et il vit chez lui

## Annexe n° 6. *Indagine DSSM - Domanda Sociale di Salute Mentale*

Questionnaire italien (version papier)

SCUOLA DI DOTTORATO SOCIOTRENDS  
ANALISI E PREVISIONE DELLE TENDENZE DELLE SOCIETÀ CONTEMPORANEE  
DOTTORATO IN RICERCA APPLICATA NELLE SCIENZE SOCIALI  
Via Salaria 113 00198 Roma



SAPIENZA  
UNIVERSITÀ DI ROMA

### Indagine DSSM: Domanda Sociale di Salute Mentale

#### INTRODUZIONE ALLE DOMANDE

Il presente invito è rivolto, in forma **anonima**, a persone che fanno/hanno fatto riferimento, per sé o per un familiare, ad un Servizio di salute mentale (Centro di Salute Mentale, Comunità Terapeutica, Centro Diurno, Gruppi Appartamento....).

Stiamo conducendo, presso la Sapienza Università di Roma, una ricerca per approfondire gli aspetti soggettivi e sociali dell'esperienza di queste persone: dalle prime percezioni di una difficoltà e/o un disturbo, alla decisione/indicazione di rivolgersi ad un centro.

Per questo motivo, Le porremo alcune domande divise in due sezioni :

- In una prima parte, Le chiediamo alcune informazioni su di Lei (genere sessuale, età, titolo di studio, ecc..) e sui Suoi rapporti con il Servizio a cui si è rivolto/a. Queste informazioni ci saranno utili alla descrizione della popolazione che ha partecipato alla ricerca. Come vedrà, per rispondere alle domande di questa sezione, per ciascuna di esse basterà segnare una delle alternative già presenti sul foglio. Solo nei casi in cui è espressamente indicato, potrà segnare più di una scelta in risposta alla stessa domanda, o specificare la sua risposta scrivendo in un piccolo spazio di colore scuro.
- Nella seconda parte invece, Le porremo tre domande che prevedono ciascuna una risposta "di Suo pugno", cioè pensata e scritta da Lei. Le chiediamo dunque di leggere attentamente il contenuto delle domande e di rispondere liberamente nel modo più dettagliato possibile. Per queste risposte, potrà scrivere all'interno di appositi spazi di colore scuro, senza limitazioni particolari.

**Le domande che Le porremo non prevedono risposte giuste o sbagliate. Nessuno leggerà i contenuti delle Sue risposte** tranne il Dott. Fabio MARCODOPPIDO, dottorando della Sapienza, **al fine esclusivo di elaborare le informazioni**, con l'impegno a trattare i dati personali ai sensi della legge 196/2003.

RingraziandoLa sin d'ora per la partecipazione e la collaborazione alla ricerca, Le porgiamo i nostri più cordiali saluti.

Dott. Fabio Marcodoppido

## **Indagine DSSM: Domanda Sociale di Salute Mentale**


Alcune raccomandazioni per la compilazione del questionario:

- 1) il questionario è personale ed anonimo, Le consigliamo di compilarlo in tutta tranquillità a casa, oppure in un luogo tranquillo;
- 2) Le chiediamo di rispondere a tutte le domande, in caso contrario il questionario non potrà essere analizzato;
- 3) quando avrà finito, al fine di garantire il Suo anonimato, lo pieghi e lo consegni alla persona di riferimento della Sua Associazione.


Grazie per la Sua collaborazione

**PRIMA PARTE****1) Sesso**☐ M☐ F**2) Nazionalità**☐ Italiana☐ Straniera**3) Età**☐ tra i 18 e i 25 anni☐ tra i 26 e i 35 anni☐ tra i 36 e i 50 anni☐ oltre i 50 anni**4) Titolo di studio**☐ elementare☐ media inferiore☐ media superiore☐ laurea**5) Professione/Condizione lavorativa**☐ studente/ssa☐ non occupato/a☐ casalinga☐ lavoratore dipendente☐ lavoratore autonomo☐ pensionato/a**6) Quanto tempo è passato tra il momento in cui Lei ha percepito un disagio individuale e/o familiare e il momento in cui si è rivolto/a ad un Servizio psichiatrico pubblico?**☐ meno di sei mesi☐ tra sei mesi e un anno☐ più di un anno

**7) In questo periodo di tempo, chi Le ha suggerito di rivolgersi ad un Dipartimento di Salute Mentale?**

- ☐ nessuno
  - ☐ Medico di base o altri Servizi della ASL
  - ☐ altri utenti, ex-utenti di Servizi psichiatrici, Associazioni di utenti e familiari
  - ☐ un mio familiare
  - ☐ un amico
  - ☐ campagne di informazione sulla salute sui mezzi d'informazione
  - ☐ altro
- Specificare: 

**8) Chi ha chiesto inizialmente, attraverso una richiesta formale, l'intervento che l'ha portata ad avere un primo contatto con questo Servizio?**

- ☐ io stesso/a
  - ☐ un familiare o una persona a me vicina
  - ☐ entrambi
  - ☐ altre istituzioni sanitarie e sociali
  - ☐ istituzioni di pubblica sicurezza
  - ☐ non so
  - ☐ altro
- Specificare: 

**9) In seguito a questo primo contatto, chi ha usufruito di prestazioni sociosanitarie erogate in questo Servizio?**

- ☐ io stesso/a
- ☐ un mio familiare o una persona a me vicina
- ☐ entrambi
- ☐ tutta la mia famiglia



**10) Di che tipo di prestazioni si tratta?** (Scelga anche più di una tra le seguenti alternative)

- ☐ gruppi di sostegno ai familiari  
☐ colloqui  
☐ psicoterapia  
☐ farmacoterapia  
☐ segretariato sociale (pensioni di invalidità, inserimento lavorativo....)  
☐ ricoveri  
☐ contatti sporadici con gli operatori del Servizio  
☐ altro  
☐ Specificare:

**11) In quale/i struttura/e in particolare sono state erogate queste prestazioni?**  
(Scelga anche più di una tra le seguenti alternative)

- ☐ Centro di Salute Mentale  
☐ Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura  
☐ Comunità Terapeutica  
☐ Centro Diurno  
☐ altro Specificare:

**12) Nello stesso periodo, ha avuto anche contatti con professionisti privati?**

- ☐ sì Specificare quale professione:

☐ no

**13) Con quale/i figura/e professionale/i del Servizio ha avuto più contatti?**  
(Scelga anche più di una tra le seguenti alternative)

- ☐ psichiatra  
☐ psicologo  
☐ infermiere  
☐ assistente sociale ☐ altro  
☐ Specificare:

**14) Può indicare la città in cui questo Servizio si trova?**

**15) Ripensando alla presa in carico del suo problema/disagio da parte di questo Servizio, Lei si ritiene:**

- ☐ del tutto insoddisfatto/a
- ☐ poco soddisfatto/a
- ☐ abbastanza soddisfatto/a
- ☐ molto soddisfatto/a

**16) Ha ancora contatti con questo Servizio?** (commenti il perché della Sua risposta nello spazio scuro)

- ☐ sì
- ☐ no

(se a questa domanda ha risposto no, dopo aver commentato la sua risposta passi direttamente alla seconda parte della scheda, grazie)

**17) Di che genere di contatti si tratta?**

**18) Da quanto tempo?**


- ☐ meno di tre mesi
- ☐ tra tre mesi e due anni
- ☐ più di due anni

## **SECONDA PARTE**

***1. Il passaggio dall'aver un problema individuale e/o familiare al rivolgersi ad un Servizio psichiatrico pubblico può non essere sempre facile e veloce. Può descrivere come è avvenuto questo passaggio nella sua esperienza personale ?***

***2. Può descrivere i motivi che l'hanno spinto, in qualità di paziente o di familiare, a rivolgersi ad un Servizio di salute mentale?***

**3. A partire dalla Sua esperienza personale di paziente o di familiare, Lei come immagina la Salute Mentale?**



**Per concludere, lasci un commento su ciò che pensa di questo questionario**



Grazie per aver risposto alle domande. Le invieremo, al più presto, i risultati dell'indagine.

Cordialmente,

Dott. Fabio MARCODOPPIDO

Dottorando RASS (Ricerca Applicata nelle Scienze Sociali)

## 1. Questionnaire (version en français)

### ENQUÊTE DSSM - Demande Sociale de Santé Mentale



Madame, Monsieur,

ce questionnaire est destiné à des personnes qui s'adressent ou se sont adressées, pour elles-mêmes ou l'un de leurs proches, aux services publics de santé mentale (centres médico-psychologiques, centres d'accueil thérapeutique, ateliers thérapeutiques, appartements thérapeutiques..).

L'enquête, dénommée DSSM – Demande Sociale de Santé Mentale, qui est actuellement en cours à l'Université de Versailles-Saint Quentin-en-Yvelines vise à approfondir les aspects subjectifs et sociaux de l'expérience de ces personnes : des premières perceptions d'un souci et/ou d'un trouble, à l'expérience de s'adresser à un Centre.

Nous allons vous poser des questions présentées en deux volets :

- Dans un premier volet, nous vous demandons des informations générales (sexe, âge, niveau d'études, etc.). Comme vous le verrez, pour répondre à ce volet il vous suffira de cocher la réponse de votre choix, parmi les diverses propositions. Si c'est indiqué, vous pourrez effectuer plusieurs choix en réponse à la même question, ou détailler cette réponse en écrivant dans l'espace prévu.
- Dans un second volet, nous vous posons trois questions ; chacune prévoit que vous écriviez votre réponse. Nous vous demandons donc de lire attentivement le contenu des trois questions et de répondre librement, avec le plus de détails possible. Pour ces réponses, vous utiliserez les espaces prévus sans limitation de mots.

Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse à nos questions. Selon les lois en vigueur, je serai le seul à lire vos réponses, afin d'en tirer des informations dans le cadre de mon doctorat. Un rapport contenant les résultats principaux de l'enquête sera envoyé par mail aux associations au printemps 2012.

En vous remerciant, dès maintenant, de votre participation et de votre collaboration à la recherche, nous vous prions de croire, Madame, Monsieur, à nos sentiments respectueux.

Fabio MARCODOPPIDO

Tél : 06 49 28 58 93

[fabio.marcodoppido@uvsq.fr](mailto:fabio.marcodoppido@uvsq.fr)

Laboratoire PRINTEMPS - Professions, Institutions, Temporalités  
Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines  
47 Boulevard Vauban  
78047 Guyancourt Cedex

## **ENQUÊTE DSSM - Demande Sociale de Santé Mentale**

Quelques recommandations pour bien répondre au questionnaire :

- 1) Le questionnaire est personnel, donc vous parlez de vous ;
- 2) Le questionnaire est anonyme ;
- 3) La plupart des questions portent sur vos relations avec les secteurs psychiatriques, donc la psychiatrie publique ;
- 4) Merci de répondre à toutes les questions, dans le cas contraire, votre questionnaire ne pourra pas être pris en compte pour l'analyse des données.

Merci de votre collaboration

**PREMIÈRE PARTIE****1) Sexe**☐ H☐ F**2) Nationalité**☐ Française☐ Étrangère**3) Âge**☐ entre 18 et 25 ans☐ entre 26 et 35 ans☐ entre 36 et 50 ans☐ plus de 50 ans**4) Études**☐ Niveau Certificat d'études primaires☐ Niveau BEPC☐ Niveau BAC☐ Niveau Licence et plus**5) Profession /catégorie socioprofessionnelle**☐ étudiant(e)☐ sans emploi☐ travailleur - statut salarié☐ travailleur - statut libéral☐ retraité(e)**6) Combien de temps s'est écoulé entre le moment où vous avez perçu un souci individuel et /ou familial, et le moment où vous vous êtes adressé(e) à un service psychiatrique public?**☐ moins de six mois☐ entre six mois et un an☐ plus d'un an mais moins de trois ans

**7) À ce moment-là, qui vous a suggéré de vous adresser à un secteur psychiatrique ?**

- ☐ personne, j'y ai pensé de moi-même
- ☐ un médecin généraliste ou des services sanitaires
- ☐ d'autres usagers, ex-usagers des services psychiatriques, associations d'usagers et de proches
- ☐ un proche
- ☐ un(e) ami(e)
- ☐ des campagnes d'information sur la santé dans les médias
- ☐ autre cause      spécifiez :

**8) Qui a sollicité, directement et pour la première fois, l'intervention d'un service de ce secteur ?**

- ☐ moi-même
- ☐ quelqu'un de ma famille ou un proche
- ☐ moi-même et un proche
- ☐ autres institutions sanitaires et sociales
- ☐ institutions de sûreté publique
- ☐ je ne sais pas
- ☐ autres      spécifiez :

**9) À la suite de ce premier contact, qui a bénéficié d'une ou plusieurs prestations (entretiens, hospitalisation, formulation d'un diagnostic, activités en groupe) mise/s en place par un secteur psychiatrique ?**

- ☐ moi-même
- ☐ quelqu'un de ma famille ou un proche
- ☐ moi-même et un proche
- ☐ toute ma famille



**10) De quel type de prestation/s s'agit-il?** (Vous pouvez cocher plusieurs propositions suivantes)

- ☐ groupes de soutien en faveur de proches
- ☐ entretiens cliniques
- ☐ psychothérapie
- ☐ thérapie médicamenteuse
- ☐ service social (aide pour obtenir une pension d'invalidité, etc.)
- ☐ hospitalisation
- ☐ contacts occasionnels avec les professionnels du Service
- ☐ autres                      spécifiez :

**11) Dans quel/s établissement/s ont été fournies ces prestations?** (Vous pouvez cocher plusieurs propositions suivantes)

- ☐ Centre Médico-Psychologique
- ☐ Hôpital (hospitalisation à temps plein)
- ☐ Centre de post-cure
- ☐ Ateliers thérapeutiques
- ☐ autres                      spécifiez :

**12) Dans la même période et pour les mêmes problèmes, avez-vous eu des contacts avec un professionnel du secteur privé, payant? (Par exemple psychiatres, psychologues, infirmiers, etc.)**

- ☐ si oui, spécifiez quelle profession :  ☐ non

**13) Dans cet/ces établissement/s, avec qui avez-vous eu le plus de contacts?**

(Vous pouvez cocher plus d'une des propositions suivantes)

- ☐ psychiatre
- ☐ psychologue
- ☐ infirmière
- ☐ assistant social
- ☐ autres                      spécifiez :

**14) Pouvez-vous indiquer la ville où se trouve le secteur psychiatrique avec lequel vous avez eu le plus de contacts ?** (Indiquez-en plusieurs le cas échéant)

**15) Dans l'ensemble, avez-vous été satisfait(e) de cette prise en charge psychiatrique ?**

- ☐ insatisfait
- ☐ peu satisfait
- ☐ assez satisfait
- ☐ pleinement satisfait

**16) Actuellement, avez-vous encore des contacts avec un établissement public de santé mentale ?** (Dans les deux cas, expliquez votre réponse dans l'espace ci-dessous )

- ☐ oui
- ☐ non (si votre réponse est "non", expliquez votre réponse et passez à la seconde partie du questionnaire à la page suivante)

**17) De quel type de contacts s'agit-il ?**

**18) Depuis combien de temps durent ces contacts ?**

- ☐ moins de trois mois
- ☐ entre trois mois et deux ans
- ☐ plus de deux ans

## **DEUXIÈME PARTIE**

***1. Il peut passer du temps entre la perception d'un problème de santé mentale - qui nous atteint ou qui concerne un proche – et le recours à un établissement psychiatrique public. Pouvez-vous décrire comment a eu lieu ce passage dans votre expérience personnelle?***

***2. En tant que patient ou/et proche, expliquez pourquoi vous avez eu recours aux services de santé mentale ?***

**3. À partir de votre expérience personnelle, en tant que patient ou proche, comment imaginez-vous la santé mentale ?**

A large, solid gray rectangular area intended for the respondent to write their answer to the question about mental health.

**Pour conclure, que pensez-vous de ce questionnaire ?**

A solid gray rectangular area intended for the respondent to write their answer to the question about their opinion on the questionnaire.

Merci pour vos réponses.

Fabio MARCODOPPIDO  
Doctorant au Laboratoire PRINTEMPS  
Université de Versailles-Saint-Quentin

## Table des Graphiques et des Repères discursifs

Graphique 1. Chronologie du nombre des textes par année, du corpus SAME (France) .....	95
Graphique 2. Chronologie du nombre des textes par année, du corpus DISAME (Italie) .....	95
Graphique 3. Les auteurs du corpus DISAME, par nombre de textes produits .....	97
Graphique 4. Les auteurs du corpus SAME (le calcul concerne le premier auteur du texte) .....	98
Repères discursifs n° 1. Corpus DISAME : énoncés sélectionnés à partir de la présence de l'Être-Fictif OMS@ .....	113
Repères discursifs n° 2. Corpus SAME : énoncés sélectionnés à partir de la présence de l'Être-Fictif OMS@ .....	114
Graphique 5. Chronologie des occurrences de la catégorie « Lutte contre les maladies mentales » dans le corpus SAME. Cette catégorie compte 114 présences dans ce corpus.....	118
Graphique 6. Chronologie du nombre d'occurrences des Êtres-Fictifs SECTEUR@ (546 scores), SECTORISATION@ (75 scores) et SECTPSY@ (247 scores) dans le corpus SAME .....	120
Graphique 7. Chronologie du nombre d'occurrences des Êtres-Fictifs PRESIDIO@ (3 651) et USL@ (6 996) en DISAME .....	137
Graphique 8. Chronologie du nombre d'occurrences des catégories « Protection-santé mentale » (345) et « Protection/Défense politiques sociales » (1 082) .....	138
Repères discursifs n° 3. Corpus SAME : série d'énoncés présentés par ordre chronologique, sélectionnés à partir de la présence de l'Être-Fictif CARTE-SANITAIRE@ .....	150
Graphique 9. Distribution temporelle des Êtres-Fictifs CARTE-SANITAIRE@ et SROS@ dans le corpus SAME .....	151
Graphique 10. Distribution temporelle des textes du corpus DISAME distinguant deux séries selon les types d'auteurs : les textes rédigés par les Conseils Régionaux (Périphérie) et ceux des pouvoirs nationaux (Centre).....	174
Graphique 11. Les présences de trois régimes dans le corpus SAME : « "psychiatrie" et "santé mentale" » (relation d'association), « psychiatrie » + « lutte contre les maladies mentales » (relation d'exclusion), « santé mentale » (relation d'exclusion) .....	187
Repères discursifs 4. Corpus SAME : exemples d'énoncés engageant directement l'expression « sans domicile fixe » .....	199
Repères discursifs 5. Corpus DISAME : exemples d'énoncés engageant directement l'Être-fictif DÉSHOSPITALISATION@ .....	205
Repères discursifs 6. Corpus DISAME : exemples d'énoncés engageant directement l'Être-Fictif DÉINSTITUTIONNALISATION@ .....	209
Repères discursifs 7. Corpus DISAME : exemples d'énoncés engageant directement l'Être-Fictif SANTÉ MENTALE@ .....	217
Repères discursifs 8. Exemples d'énoncés concernant des événements marquants et des caractéristiques personnelles .....	234
Repères discursifs 9. Exemples d'énoncés concernant les premiers remèdes ou envois à des spécialistes proches .....	237
Repères discursifs 10. Exemples d'énoncés concernant des événements déclencheurs.....	240
Graphique 12. Destinations géographiques des invitations envoyées .....	273
Graphique 13. Origine géographique des répondants au questionnaire .....	274
Graphique 14. Âge des répondants au questionnaire .....	275
Graphique 15. Perception du temps écoulé entre la perception d'un problème et l'arrivée à un service de santé mentale (question fermée).....	278
Repères discursifs 10. Exemples de réponses à la question suivante : « Il se peut passer du temps entre la perception d'un problème de santé mentale - qui nous atteint ou qui concerne un proche - et le recours à un établissement psychiatrique public. Pouvez-vous décrire comment a eu lieu ce passage dans votre expérience personnelle ? » .....	280
Repères discursifs 11. Exemples de réponses à la deuxième question ouverte du questionnaire présentés selon la typologie d'auteurs .....	286
Repères discursifs 12. Exemples de réponses à la question ouverte : « En tant que patient ou/et proche, expliquez pourquoi vous avez eu recours aux services de santé mentale ? » .....	290
Repères discursifs 13. Exemples de réponses à la question ouverte : « À partir de votre expérience personnelle, en tant que patient ou proche, comment imaginez-vous la santé mentale ? » .....	293



## Résumé en italien

Il lavoro di sociologia storica comparata qui presentato descrive le trasformazioni del ricorso ai servizi di salute mentale, in Francia e in Italia. Esaminato tramite un'analisi sistematica di dati testuali di varia natura, il periodo preso in esame (1960-2010) permette di ricostruire tutte le fasi di concezione e istituzionalizzazione dei programmi di psichiatria pubblica italiani e francesi. Inoltre, l'attenzione portata all'esperienza del ricorso a questi servizi, consente di introdurre nell'analisi di queste fasi il racconto di pazienti e familiari. Dal punto di vista metodologico, lo studio utilizza un approccio quali/quantitativo che integra dati quantitativi e un'analisi del materiale storico disponibile su riviste professionali o raccolto di prima mano (interviste semidirettive per il caso francese, e risposte a domande aperte di un questionario per quello italiano).

Nell'*introduzione* si chiariscono i concetti utilizzati per la definizione dell'oggetto di studio, messi a punto nel quadro teorico della sociologia pragmatica francese. In primo luogo, il concetto di “delega” (*délégation*) designa l'insieme delle dinamiche che permettono, in un modo o nell'altro, di affidarsi ad uno specialista. L'utilizzo di questo concetto permette di considerare il ricorso allo specialista come la conseguenza di una serie di azioni coordinate tra più attori sociali, senza ricorrere al dualismo tra il “normale” e il “patologico”. In tal senso, il quadro interpretativo sviluppato nella tesi suggerisce di seguire da vicino come dei *trouble*, cioè delle perturbazioni della normalità della vita, trovano un modo di diventare una *issue* pubblicamente presa in carico da un servizio sanitario. In secondo luogo, il concetto di “lavoro politico” (*travail politique*) designa il modo di stabilire o criticare la legittimità dei poteri attribuiti agli attori che sono direttamente o indirettamente interessati a un processo di delega. Nel caso delle società occidentali, per esempio, la “medicina basata sulle evidenze” (*evidence based medicine*) ha ormai un ruolo centrale nei modi di regolare la relazione medico-paziente e questo ha contribuito a diminuire il ruolo del “paternalismo medico” che prevedeva la delega totale al tecnico. Lo studio ricostruisce e analizza il “lavoro politico” rintracciabile nei testi legislativi che hanno istituito i servizi della psichiatria pubblica e regolato i modi di ricorrere agli specialisti di questo settore. In terzo luogo, la nozione di “prova di Stato” (*épreuve d'État*) permette di considerare le politiche pubbliche come un modo di far fronte a elementi considerati pericolosi per collettività. Il concetto di “prova” (*épreuve*), un termine chiave della sociologia francese di matrice pragmatica, permette di analizzare le situazioni in cui l'azione degli attori viene messa alla prova. Quando questo

concetto è applicato all'azione svolta dallo Stato attraverso le politiche pubbliche, si possono analizzare i modi attraverso i quali si trattano delle entità che minacciano gli individui e la collettività. Come in altre situazioni in cui lo Stato deve fronteggiare una minaccia (terrorismo, inquinamento, malnutrizione, etc.), anche il rapporto con il disagio mentale deve declinarsi in termini di prove di allerta, di sperimentazione, di misura, di negoziazione. In tal senso, la tesi analizza come, da una parte e dall'altra delle Alpi, le politiche pubbliche si organizzano attraverso i testi legislativi, per affrontare un tipo particolare di “prova di Stato” al fine di neutralizzare le conseguenze che il disagio mentale provoca nella vita delle persone e nei processi di convivenza.

La tesi è divisa in tre parti. La *prima parte* presenta l'indagine, l'oggetto di studio e la *démarche*. Il *primo capitolo* analizza il ricorso alle cure come un'azione coordinata fra tre figure concettuali: chi domanda un intervento, lo specialista e il beneficiario delle cure. Queste figure permettono di superare il dualismo tra “malati” e “non malati”, e la coppia psichiatra/paziente. Chi domanda in psichiatria, per esempio, non necessariamente deve essere malato ; nonostante ciò, può svolgere un'importante azione sulla relazione medica anche se non beneficerà delle cure di uno specialista. Inoltre, queste figure non si limitano esclusivamente all'attore-individuo: chi beneficia o domanda un trattamento può essere una coppia o un nucleo familiare. In un'ottica pluridisciplinare, si analizzano i principali contributi che si sono interessati alla dialettica domanda/offerta e a descrivere come le persone arrivano alle istituzioni. Il *secondo capitolo* presenta la prospettiva comparativa degli “sguardi incrociati”, la nozione di “caso” in sociologia e il materiale empirico che ha permesso di portare avanti questa ricerca. Sono in particolare definiti i criteri che hanno permesso di costituire i due *corpora* legislativi (SAME per la Francia, DISAME per l'Italia) e sono presentate alcune caratteristiche descrittive degli stessi. Lo strumento utilizzato per questa analisi è *Prospéro*, un programma di analisi dei dati concepito e sviluppato in Francia che cerca di integrare sociologia e informatica, per conciliare gli elementi quantitativi e qualitativi dell'analisi dei testi.

La *seconda parte* della tesi presenta lo studio comparativo della legislazione psichiatrica francese e italiana sulla salute mentale. Si rintracciano e analizzano i temi, le categorie semantiche, i dispositivi istituzionali e i loro modelli organizzativi evocati, nel corso del tempo dagli attori-autori politici dei *corpora* (parlamento, consigli regionali, ministri...). Il *terzo capitolo* si concentra prevalentemente sugli anni '60 permettendo di cogliere come la politica francese abbia posto le basi di quella che diventerà la psichiatria di settore già nel 1960. In particolare, si analizza il modo di concepire e di qualificare la nozione di “settore”.



L'analisi mostra che, inizialmente, a questa nozione non era attribuita nessuna qualità di tipo "psichiatrico" e nemmeno una proprietà performativa. Infatti, per il Legislatore-autore francese, il "settore" era semplicemente un'entità geografica : un'area delimitata nella quale esistevano ospedali psichiatrici. Questa delimitazione geografica permetteva di smistare i pazienti in funzione del loro luogo di residenza predefinendo le traiettorie di cura, ma anche di allocare risorse materiali e umane in modo da non creare disparità fra i territori. Un "settore" non più inteso come *zona geografica passiva* ma come un'organizzazione coordinata di strutture e professionisti che intervengono per prendersi cura di un pubblico ("settore psichiatrico"), non esisterà, nei testi del Legislatore-autore francese, prima del 1971. Fin dal dopoguerra questa nozione aveva permesso di cominciare a ripensare l'assistenza psichiatrica in Francia e, lentamente, di riformare gli ospedali psichiatrici per aprirli a nuove forme di presa in carico. In Italia, invece, gli anni '60 sono un "periodo silenzioso" dal punto di vista legislativo per quanto riguarda invece le esperienze sul territorio fatte dagli psichiatri e da altri professionisti, un decennio molto attivo. Alcuni sostenitori del settore alla francese, come lo psichiatra Renato Balduzzi, si organizzano nelle regioni settentrionali cercando di applicare questo modello in alcuni ospedali italiani. A tal fine, si scambiano idee con psichiatri francesi nel corso di viaggi di studio o di convegni. In Italia ci sono anche delle critiche virulente nei confronti del settore alla francese perché questo modello non prevede la chiusura definitiva degli ospedali psichiatrici. Secondo alcuni esponenti di questa fronda critica, tra i quali lo psichiatra Franco Basaglia, la chiusura del manicomio è necessaria per ottenere un vero rinnovamento dell'assistenza. L'analisi di queste vicende e dei testi legislativi permette di riflettere sulle diverse interpretazioni della nozione di settore e su quali conseguenze queste interpretazioni hanno avuto sulla formazione di un'offerta di cure prevalentemente ospedaliera o territoriale. Nel caso francese, per esempio, il settore comincia a essere l'entità che agisce e che comincia a essere la protagonista della "prova" che caratterizzerà la politica francese. Fin dal 1960, per gli attori politici portare avanti una politica in quest'ambito vuol dire "lottare contro le malattie mentali" (*lutter contre les maladies mentales*). La nozione di "prova di Stato" permette di cogliere questa espressione che sarà utilizzata dagli autori del corpus SAME fino all'ultimo decennio considerato. Questa frase sintetizza l'azione che permette di far fronte a ciò che minaccia gli individui e il "bersaglio" (*cible*) che le politiche psichiatriche devono centrare. In Italia, bisognerà attendere gli anni '70 per osservare l'utilizzo di un'espressione equivalente, questa sarà "tutela della salute mentale". In questo periodo, le scelte politiche dei due casi studiati cominciano a opporsi su un'asse che, in una simbologia militare, va dall'attacco alla difesa. Nell'inchiesta

che s'ispira a un approccio pragmatico, le formule utilizzate dagli attori "sono prese sul serio", nel senso che il ricercatore né le interpreta né le trasforma ma si limita ad analizzarne le conseguenze sul piano pragmatico. Da questo punto di vista, le due "prove di Stato" "lottare contro le malattie mentali" e "tutelare la salute mentale" esigono, da un lato, degli strumenti capaci di combattere contro delle entità che attaccano gli individui (le malattie mentali), dall'altro, di sviluppare dei servizi che proteggano la collettività dai rischi di perdere uno stato di benessere (la salute mentale). Ma i "bersagli" (*cibles*) di queste due politiche sono troppo intangibili: come si fa a fare una politica contro le malattie mentali e una per la tutela della salute mentale ?

Nel *quarto capitolo* (1970-1989), si discute quanto siano inafferrabili e sfuggenti queste entità e dei modi messi a punto dagli attori politici per centrarle. La nozione di *tangibilità* permette di comprendere come gli attori politici caricano di fattualità queste politiche al fine di poterle effettivamente renderle concrete. Si lavora su quanto di più tangibile possa esistere: il territorio. Allora, grazie alla geografia, si delimitano territori, città e quartieri e, in funzione di questa delimitazione, si cominciano a situare le entità che devono rendere tangibile la politica. La natura di queste entità cambia naturalmente in funzione delle "prove di Stato" che ogni nazione ha deciso di affrontare. Se in Francia si tratta di lottare contro entità che minacciano gli individui, l'ospedale non può che essere il migliore strumento tecnico per tale fine (Foucault lo chiamava *machine à guérir*). Classicamente, l'isolamento dell'individuo ricoverato permette di limitare tutti i fattori di disturbo che impediscono di osservare la malattia al suo stato naturale. Dopo aver isolato gli individui, gli specialisti possono concentrarsi e "accedere" al corpo sofferente per svolgere l'atto di cura. In Francia, dunque, il manicomio è riformato per diventare un nuovo ospedale psichiatrico capace di prendere in carico i pazienti anche fuori dell'ambiente ospedaliero. Si tratta dell'attuazione della *sectorisation* intesa come un processo globale di riforma in cui l'ospedale psichiatrico resta centrale nel sistema di cure, ma affiancato da ambulatori, centri diurni e soluzioni alternative all'ospedalizzazione. In Italia, invece, sul piano della mobilitazione di professionisti e forze di sinistra, la lotta è contro il manicomio e non contro le malattie mentali. Nel capitolo si spiega il senso negativo che aveva preso la parola "settorizzazione" in Italia. Poiché si voleva costituire finalmente un'assistenza "universale", cioè non organizzata secondo categorie di problemi sociali ma coordinata in un Servizio Sanitario Nazionale, bisognava evitare istituzioni che richiamassero qualsiasi forma di stigmatizzazione. In questo clima, il manicomio non poteva dunque in alcun modo essere riformato ma "distrutto" e la settorializzazione alla francese appariva come una forma di

stigmatizzazione organizzata dagli apparati amministrativi francesi. Con la promulgazione delle leggi 180 e 833, l'Italia abbandona nel 1978 definitivamente il progetto di seguire il modello di settore francese: la prima blocca i nuovi ricoveri in ospedale psichiatrico, la seconda istituisce il Servizio Sanitario Nazionale.

Il *quinto capitolo* presenta come gli attori politici francesi e italiani si pongono nel corso del periodo considerato (1990-2010) su due piani ormai differenti: per gli uni, l'assistenza è ancora troppo marcata dalla presenza dell'ospedale psichiatrico e dal debole sviluppo di servizi territoriali, per gli altri, l'applicazione della legge 180 non è conclusa, anche se la questione psichiatrica è ormai presa in carico dalla rete dei servizi delle Unità Sanitarie Locali (una questione di salute pubblica dunque). Per tali motivi, in Francia si pone la questione di passare dalla psichiatria alla salute mentale e in Italia si tratta di abbandonare la lotta contro gli ospedali psichiatrici per rendere operativi i servizi deputati alla tutela della salute mentale. In Francia, nel periodo considerato, gli attori politici continuano ad attuare un'importante azione di deospedalizzazione già cominciata nel dopoguerra. Inoltre, sviluppano nuovi modi di cura, come prolungare l'offerta a domicilio o spostare gli specialisti in luoghi non ospedalieri (come la strada, il carcere). Anche gli attori "non malati" fanno ormai parte del circuito psichiatrico nel senso che gli viene loro riconosciuto, per legge, il potere di collaborare al ricorso alle cure. Chiunque, per esempio, può domandare un'ospedalizzazione per un familiare. Sul caso italiano, invece, pesa la frammentazione regionale che caratterizza il piano legislativo e operativo di queste questioni. Ancora negli anni '90 si assiste alla lenta chiusura di alcuni ospedali psichiatrici e a un'incompleta operatività delle strutture del Dipartimento di Salute Mentale.

La *terza parte* del lavoro cerca di integrare il tempo storico ripercorso dai testi legislativi e regolamentari con la microstoria e con l'esperienza degli individui che si sono rivolti ai servizi di psichiatria. Le 12 interviste analizzate nel *sesto capitolo* hanno l'obiettivo di ripercorre le tappe che precedono e che seguono l'arrivo ad un settore psichiatrico. La gradualità che divide la reversibilità e l'irreversibilità della delega permette di analizzare differenti modi di affidarsi a uno specialista e a un'istituzione psichiatrica. La reversibilità permette di vivere un percorso di cura nella consapevolezza che "si può fare marcia indietro", che qualche cosa di potenzialmente irreversibile e che sta per arrivare può essere evitata. In questo senso, una delega reversibile è caratterizzata dal fatto che si può decidere quando e a chi affidarsi (andare nel privato o nel pubblico, quando andare in ospedale e quando uscire, con quale frequenza prendere contatto con l'ambulatorio). Una delega irreversibile, invece, presenta il caso opposto: per un periodo di durata variabile, una persona non può decidere

nulla del suo percorso di cure, non può ritirare la delega e si ritrova totalmente dipendente dello specialista o dell'istituzione. Il *continuum* tra reversibilità e irreversibilità è discusso a partire dall'itinerario e dal tipo di specialisti e strutture incontrate dalle persone intervistate. Il *settimo capitolo* presenta un'indagine svolta in Italia e rivolta a persone che si sono rivolte per se stesse o per un familiare ad un servizio di salute mentale. 192 persone hanno risposto all'invito a partecipare all'indagine ed hanno compilato un questionario autosomministrato (online e cartaceo). Le risposte alle tre domande aperte di questo questionario permettono di analizzare i modi di raccontare l'esperienza del primo ricorso ad un servizio pubblico e gli argomenti che gli sono associati, senza predefinire chi sono i "pazienti" e chi i "familiari". Per quanto riguarda le circostanze (prima domanda aperta), i rispondenti oscillano tra l'oblio e il ricordo. Quando è possibile situare nel tempo gli avvenimenti, le persone lo fanno fissando un prima e un dopo, a partire dalla loro storia personale o dalla storia dei servizi psichiatrici della loro città o regione. In questi avvenimenti sono raccontati periodi di silenzio, in cui alla percezione che qualcosa non è più come prima non segue la consapevolezza di essere in presenza di un disturbo mentale. Oppure periodi di isolamento sociale (individuale e familiare) che hanno ritardato il ricorso ad un servizio pubblico o percorsi nel privato che in un primo momento sembrava la prima "via di uscita". Le motivazioni (seconda domanda) del primo ricorso sono formulate in tre argomentazioni: la prima, l' "evidente riparazione" riguarda le persone che utilizzano il discorso medico ("*Una schizofrenia purtroppo si riconosce da sola e si chiese subito aiuto*") per giustificare il ricorso; la seconda, dell' "offerta", riguarda coloro che sono passati – a causa dei risultati insoddisfacenti e dei costi altissimi – dal privato al pubblico o che manifestano l'immagine di un servizio pubblico ideale; la terza argomentazione, "aiuto per sé o per un terzo", mostra una certa continuità tra le persone che si descrivono come dei pazienti e quelle che parlano in quanto familiari. In tal senso, un rispondente può descriversi allo stesso tempo come colui che domanda e che beneficia di un servizio pubblico (aiuto per sé), oppure come una delle due figure (aiuto per un terzo). Il capitolo si conclude discutendo di tre immagini che i rispondenti hanno associato alla nozione di "salute mentale" (terza domanda): malattia mentale, stato di benessere e servizi pubblici.

La *conclusione* della tesi ricorda che i due modelli di ricorso alle cure psichiatriche evidenziati nei due casi studiati e organizzati tra "lottare contro le malattie mentali" e "tutelare la salute mentale" non sono da opporre drasticamente in una dialettica tra nazioni. Queste due espressioni, che sintetizzano il lavoro politico fatto in Francia e in Italia, fanno parte di un modello più ampio di *politiche del rischio* che prevedono idealmente delle azioni

che tendono in ugual misura, da un lato, a neutralizzare le entità che minacciano gli individui, dall'altro, a proteggere in maniera preventiva dai rischi che possono colpire la collettività.



